

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFPel/UFES



TESE DE DOUTORADO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO E
SUAS IMPLICAÇÕES NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE

Pelotas, 2016

FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO E
SUAS IMPLICAÇÕES NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Petrucci Gigante

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim

Pelotas, 2016

Franciéle Marabotti Costa Leite

Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e suas implicações na prevenção do câncer de colo do útero

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 24 de maio de 2016.

Profa. Dra. Denise Petrucci Gigante
Universidade Federal de Pelotas - Presidente

Profa. Dra. Helen Gonçalves
Universidade Federal de Pelotas - Examinadora

Profa. Dra. Ethel Leonor Nóia Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo - Examinadora

Profa. Dra. Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Examinadora

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

L533v Leite, Franciéle Marabotti Costa

Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e suas implicações na prevenção do câncer de colo do útero / Franciéle Marabotti Costa Leite; Denise Petrucci Gigante, orientadora; Maria Helena Costa Amorim coorientadora. — Pelotas, 2016.

196 f. : il.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Epidemiologia. 2. Saúde da mulher. 3. Violência contra a mulher. 4. Maus tratos conjugais. 5. Neoplasias do colo uterino-Prevenção. I. Gigante, Denise Petrucci, orient. II. Amorim, Maria Helena Costa, coorient. III. Título.

CDD : 614.4

**Dedico este trabalho aos meus amores, Esmeraldo e Heitor.
Agradeço por estarem sempre ao meu lado e pelo amor incondicional.
Amo Vocês.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e Nossa Senhora das Graças por me ampararem nos momentos difíceis, me darem força para superar as dificuldades, mostrarem os caminhos nas horas incertas, e coragem para acreditar que tudo ao fim daria certo.

À família que eu tive a benção de constituir: ao meu amado esposo, Esmeraldo, por ser fundamental na minha vida. Sem o seu amor, cumplicidade, companheirismo, apoio e confiança, nada disto daria certo. Conseguimos vencer todas as dificuldades impostas e caminhamos mais fortalecidos em Deus. Você é o meu companheiro de toda uma vida. Ao nosso filho, Heitor, o maior presente de Deus! Tão carinhoso! O seu olhar e o seu sorriso invadem meu coração e me inundam de um amor incondicional. Obrigada por tornar as coisas mais azuis. Amo vocês!

À minha avó, Joana (*in memorian*), e ao meu pai Domingos (*in memorian*), as saudades são eternas e, onde quer que estejam, agradeço por sempre terem me guiado com amor e sabedoria, mostrando a direção correta e me ensinando sempre a olhar para o lado bom da vida.

À minha mãe e à minha irmã, Kleem e Fernanda, pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional que sempre me impulsionam em direção às vitórias dos meus desafios. A Dona Avany, Priscila e João Pedro, sogra, cunhada e sobrinho, pelo amor e apoio. A todos os familiares pelo incentivo recebido ao longo desses anos, com carinho especial à minha tia, Fânia, pela constante presença em minha vida e confiança. E, principalmente, um imenso obrigado pelo amor e dedicação com que as vovós, tias, titio e primo cuidaram do meu maior tesouro, meu filho.

À minha orientadora, Professora Denise Petrucci Gigante, que com generosidade, tranquilidade e serenidade consegue transmitir todo o seu conhecimento. Aprendi muito! Obrigada por acreditar em mim, pela disponibilidade, atenção dispensada, paciência, dedicação e profissionalismo. Tenho orgulho em dizer que um dia fui sua orientanda, e espero que possamos continuar essa parceria e render novos frutos.

À Professora Maria Helena, minha coorientadora, por estar comigo em toda minha trajetória acadêmica e me acompanhar neste desafio do doutorado. Obrigada por

sempre acreditar no meu potencial e estar ao meu lado. Você é muito importante na minha vida, e, exerce papéis que vão além de orientadora, pois é amiga, conselheira e mãe.

À banca, pelas valiosas contribuições no momento da qualificação do projeto e na defesa da Tese.

À grande amiga e conselheira de vida, Denise Silveira de Castro, ser iluminado que Deus colocou em nossas vidas. Obrigada pelo cuidado conosco e o amor dispensado a mim e à minha família. É muito bom tê-la em nossas vidas.

Às amigas e companheiras, Cândida e Eliane, irmãs que encontrei nesta vida. Obrigada pelos incentivos e por acreditarem que tudo daria certo ao final, mesmo quando a esperança era quase nula. Pelos ouvidos que escutaram tantas reclamações e pelas risadas que amenizavam o estresse vivenciado.

Aos professores da pós-graduação em Epidemiologia, pelo convívio e aprendizado. Aos amigos do Dinter, obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias. Foi bom poder contar com vocês!

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo por confiar em meu trabalho e ter me concedido o afastamento para conclusão do doutorado.

A coordenação e secretaria do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, por terem contribuído na logística da pesquisa no que tange ao espaço para a organização do material de consumo e permanente, bem como a disponibilidade de salas para capacitação da equipe, reuniões e digitações dos dados coletados.

À toda equipe de pesquisa. Agradeço o compromisso e a responsabilidade!

A todas as mulheres que participaram voluntariamente deste trabalho. Por causa delas é que esta tese se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

Agradeço, também, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo (FAPES) pelo apoio financeiro!

E a tantas outras pessoas que encontrei neste caminho e que também foram importantes nesta etapa de vida. Muito obrigada!

RESUMO

LEITE, Franciele Marabotti Costa. **Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e suas implicações na prevenção do câncer de colo do útero.** 2016. 196f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016.

O presente trabalho teve como objetivo analisar a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo em usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo. Os dados foram coletados através de um estudo transversal realizado em 26 unidades de saúde que possuem Estratégia de Saúde da Família e/ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A amostra foi composta de 991 mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, que possuem ou tiveram parceiro íntimo 12 meses anteriores à entrevista. Foi utilizada a técnica de entrevista com registro em formulários em três blocos, sendo o primeiro com questões relacionadas à participante: aspectos demográficos, ginecológicos, obstétricos, comportamentais e classe econômica. O segundo bloco com características demográficas e comportamentais do parceiro íntimo atual/mais recente e, no terceiro, questões de identificação da violência perpetrada pelo parceiro íntimo, onde foi aplicado o instrumento intitulado World Health Organization Violence Against Women. Os resultados mostram que as prevalências de violência foram: psicológica 25,3% (IC 95%: 22,6-28,2); física 9,9% (IC 95%: 8,1-11,9) e sexual 5,7% (IC 95%: 4,3-7,3). A violência psicológica manteve-se associada à escolaridade, situação conjugal, histórico materno de violência por parceiro íntimo, violência sexual na infância e ter feito uso de drogas, enquanto a agressão física esteve relacionada à idade, escolaridade, situação conjugal e a história materna de violência por parceiro íntimo. A violência sexual foi mais frequente nas mulheres de menor renda e que sofreram abuso sexual na infância. Além disso, os resultados também evidenciam que mulheres que sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses estão mais propensas a ter o exame de Papanicolaou em atraso ($p = 0,002$). Vítimas de violência sexual e física têm, respectivamente, 1,53 e 1,44 vezes mais prevalência de não realização do exame quando comparadas às não vítimas. Pode-se concluir que as violências psicológica, física e sexual apresentaram alta magnitude entre as mulheres usuárias dos serviços de atenção primária à saúde. Mulheres em situações de violência constituem um grupo vulnerável à não realização do Papanicolaou, e alguns fatores sociodemográficos, comportamentais e as experiências pessoal e materna de violência possuem influência na ocorrência do fenômeno.

Palavras-chaves: Violência contra a mulher; Maus-tratos conjugais; Prevalência; Esfregaço vaginal; Saúde da mulher.

ABSTRACT

LEITE, Franciele Marabotti Costa. **Violence against women perpetrated by the intimate partner and its implications in the cervical cancer prevention.** 2016. 196p. Thesis (Doctorate in Epidemiology) - Post-Graduate Program in Epidemiology. Federal University of Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2016.

The aim of this study was to analyse violence against women perpetrated by the intimate partner in primary healthcare units in the municipality of Vitoria, Espirito Santo, Brazil. Data was collected through a transversal study done in 26 healthcare units that have the Family Healthcare Strategy and/or the Community Health Agents Program. The sample was composed of 991 women, in the 20-59 age group, which have or had an intimate partner in the 12 months prior to the interview. The interview with registry technique was used, with three blocks of forms. The first block had questions about the participant: demographic, gynaecological, obstetric, behavioural and economical class aspects. The second block was for the current/most recent partner's demographic and behavioural characteristics; and the third had questions to identify the violence perpetrated by intimate partner, and the World Health Organization Violence Against Women instrument was applied. The results showed that the prevalence of violence was: psychological, 25.3% (IC 95%: 22.6-28.2); physical 9.9% (IC 95%: 8.1-11.9); and sexual 5.7% (IC 95%: 4.3-7.3). Psychological violence was associated to schooling, marital status, maternal history of violence by intimate partner, sexual violence in childhood, and having used drugs; while the physical violence was related to age, schooling, marital status, and maternal history of violence by intimate partner. Sexual violence was more frequent in women with less income and who suffered sexual abuse in their childhood. The results also highlighted that women who suffered some type of violence in the past 12 months are more prone to have their PAP test late ($p=0.002$). Sexual and physical violence victims have, respectively, 1.53 and 1.44 times more prevalence of not doing the test when compared to the non-victims. It can be concluded that psychological, physical and sexual violence present high magnitude between women who are users of the primary healthcare services. Women in situation of violence are a vulnerable group to not taking the PAP test, and some socio-demographic, and behavioural factors, as well as the personal and maternal experiences of violence, influence the occurrence of the phenomenon.

Keywords: Violence Against Women; Spousal Abuse; Prevalence; Vaginal Swab; Women's Health.

SUMÁRIO

Apresentação	09
Projeto de pesquisa	11
Relatório do trabalho de campo	101
Modificações ao projeto original	112
Artigos	115
Artigo 1 – Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil	116
Artigo 2 – Implicações das violências contra as mulheres sobre o rastreamento do câncer de colo do útero	137
Artigo 3 – Violence against women and cervix cancer screening: A systematic review.....	156
Nota à Imprensa	177
ANEXO.....	179
APÊNDICE	195

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A presente tese integra o projeto “Violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo: estudo em Unidades de Saúde do município de Vitória, Espírito Santo” que objetivou analisar a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, em usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo, e, é requisito para conclusão do curso de Doutorado em Epidemiologia de Franciéle Marabotti Costa Leite com orientação da Profa. Dra. Denise Petrucci Gigante, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, e coorientação da Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.

Este volume é composto por quatro partes: Projeto de pesquisa, que foi defendido em 09/12/2013; Relatório do trabalho de campo, realizado entre março a setembro de 2014; Modificações ao projeto inicial; Três artigos e uma matéria para a imprensa. Os artigos que serão apresentados para a banca estão descritos a seguir:

Artigo 1 – “Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil.” Esse estudo teve como objetivo descrever a ocorrência e a distribuição dos tipos de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, entre usuárias do serviço de atenção primária, e verificar a associação com as características sociodemográfica, história familiar e de vida e aspectos comportamentais. Está aceito para publicação na Revista de Saúde Pública.

Artigo 2 – “Implicações das violências contra a mulher perpetradas pelo parceiro íntimo sobre o rastreamento do câncer de colo do útero.” Esse estudo teve por objetivo verificar a associação entre a realização do exame citopatológico nos últimos três anos e a experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo e está nas normas da revista científica Cadernos de Saúde Pública.

Artigo 3 – “Violence against women and cervix cancer screening: A systematic review.” Essa pesquisa teve por objetivo apresentar uma revisão sistemática dos artigos publicados sobre a relação entre a violência contra a mulher e o rastreamento do câncer de colo do útero. Está aceito para publicação na revista *Journal of Clinical Nursing*.

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFPel/UFES



PROJETO DE PESQUISA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO E
SUAS IMPLICAÇÕES NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Doutoranda: Franciéle Marabotti Costa Leite

Orientadora: Profa. Dra. Denise Petrucci Gigante

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim

PELOTAS, 2013

RESUMO

A violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo constitui um grave problema de saúde pública e está associada ao processo de adoecimento, bem como às ações de prevenção e promoção da saúde da mulher. Este projeto de pesquisa tem por objetivo geral analisar a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, naquelas cadastradas em unidades de saúde do município de Vitória, Espírito Santo, e, como objetivos específicos: a) descrever a ocorrência e a distribuição dos tipos de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo; b) verificar a ocorrência e distribuição dos tipos de violência de acordo com as características demográficas e socioeconômicas da mulher, do parceiro, bem como as características obstétricas e ginecológicas; e c) examinar a associação entre a violência perpetrada pelo parceiro íntimo e a realização do Papanicolaou. Os dados serão coletados através de um estudo transversal realizado nos bairros do município de Vitória, Espírito Santo, que possuem unidades de saúde com Estratégia de Saúde da Família e/ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A amostra será composta de 998 mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, cadastradas na ESF e/ou PACS, que possuem ou tiveram um parceiro íntimo nos últimos 12 meses, e entrevistadas na unidade de saúde em que estão cadastradas ou no seu domicílio. Será utilizada a técnica de entrevista com registro em formulários em três blocos. O primeiro com questões relacionadas à participante: aspectos demográficos, ginecológicos, obstétricos, comportamentais e classe econômica. O segundo bloco com características demográficas e comportamentais do parceiro íntimo atual/mais recente, e, no terceiro, questões de identificação da violência perpetrada pelo parceiro íntimo, onde será aplicado o instrumento intitulado World Health Organization Violence Against Women.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Maus-tratos conjugais; Prevalência; Esfregaço vaginal; Saúde da mulher.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estratégia de busca realizada nas bases de dados Medline e Lilacs	28
Tabela 2 – Características dos estudos de Prevalência, no Brasil, da Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo.....	32
Tabela 3 – Estratégia de busca realizada na base de dados Pubmed e Lilacs	39
Tabela 4 – Características dos estudos disponíveis sobre violência contra a mulher e o Papanicolaou	42
Tabela 5 – Distribuição proporcional da amostra de mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde da ESF/PACS, do município de Vitória, Espírito Santo, Janeiro 2013	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da revisão de literatura da prevalência, no Brasil, da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo	29
Figura 2 – Fluxograma da revisão de literatura dos estudos disponíveis sobre violência contra a mulher e o rastreamento do câncer de colo do útero	40
Figura 3 – Modelo Teórico: Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo	45
Figura 4 – Modelo de análise – Violência Contra a Mulher perpetrada pelo parceiro íntimo	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cálculo da amostra de mulheres a serem entrevistadas, segundo prevalência estimada quanto a VPI ao longo da vida e nos últimos 12 meses, e tipo de VPI	52
Quadro 2 – Cálculo da amostra de mulheres a serem entrevistadas para estudar a associação entre VPI e realização do exame Papanicolaou	53
Quadro 3 – Descrição das variáveis dependentes	56
Quadro 4 – Descrição das variáveis independentes	57

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

AEM	Autoexame das Mamas
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DEAMs	Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher
ECM	Exame Clínico das Mamas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HPV	Papilomavírus Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
VPI	Violência Perpetrada pelo Parceiro Íntimo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1	A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	23
2.2	PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO.....	26
2.2.1	Estratégia de busca.....	27
2.2.2	Artigos inseridos na revisão	30
2.3	VIOLÊNCIA E O IMPACTO NA SAÚDE DA MULHER.....	34
2.4	CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	35
2.5	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	38
2.5.1	Estratégia de busca	38
2.5.2	Artigos inseridos na revisão.....	40
3	MARCO TEÓRICO.....	44
4	JUSTIFICATIVA	47
5	OBJETIVOS.....	49
5.1	GERAL.....	49
5.2	ESPECÍFICOS	49
6	HIPÓTESES.....	50
7	METODOLOGIA	50
7.1	DELINEAMENTO.....	50
7.2	POPULAÇÃO ALVO.....	51
7.2.1	Critério de inclusão	51
7.2.2	Critério de exclusão	51
7.2.3	Cálculo do tamanho da amostra	52
7.3	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	54
7.4	PRINCIPAIS VARIÁVEIS A SEREM COLETADAS	55
7.4.1	Variáveis dependentes	55
7.4.2	Variáveis independentes	56
7.5	SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS	62
7.6	LOGÍSTICA	62

7.7	ESTUDO PILOTO	63
7.8	COLETA DOS DADOS	63
8	CONTROLE DE QUALIDADE	64
9	PROCESSAMENTO DE DADOS	64
10	ANÁLISE DOS DADOS	65
10.1	MODELO DE ANÁLISE DOS DADOS	65
11	ASPECTOS ÉTICOS	66
12	CRONOGRAMA	67
13	LIMITAÇÃO DO ESTUDO	68
14	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	68
15	ORÇAMENTO/ FINANCIAMENTO	69
	REFERÊNCIAS	70
	ANEXOS	79

APRESENTAÇÃO

Este projeto de pesquisa é requisito para a conclusão do curso de Doutorado em Epidemiologia. Nesta seção, é apresentado o artigo de revisão de literatura, bem como os outros dois artigos que serão elaborados, conforme descritos a seguir:

Artigo original 1: Prevalência da violência perpetrada pelo parceiro íntimo: estudo entre mulheres cadastradas em unidades de saúde do município de Vitória, Espírito Santo.

Artigo original 2: Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e o rastreamento do câncer de colo do útero.

Artigo de revisão: Violência contra a mulher e o rastreamento do câncer de colo do útero: uma revisão sistemática.

1 INTRODUÇÃO

A violência cometida contra as mulheres constitui uma violação dos direitos humanos que limita total ou parcialmente a observância, o gozo e o exercício de direitos e liberdades. A convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, que ocorreu em 1994, define violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada¹.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres resume a violência contra a mulher como uma das principais formas de violação dos direitos humanos atingindo-a em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física². Dados do primeiro semestre de 2013, da Central de Atendimento às Mulheres, serviço ofertado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres com o objetivo de receber denúncias ou relatos de violência e de orientar as mulheres sobre direitos e a legislação vigente, revelam, no Brasil, 55,2% casos de violência física contra a mulher, 29,4% de violência psicológica e 1,7% de violência sexual³.

O tipo mais comum de violência contra a mulher é a violência perpetrada pelo parceiro íntimo (VPI)⁴, que ocorre principalmente em espaço familiar ou de relacionamento íntimo, e resulta no uso intencional de força física ou de poder sobre outra pessoa, por ameaça ou de forma concreta, que gera ou tenha chance de gerar danos físicos, psicológicos, sexuais, privações ou negligências e até a morte⁵.

Esse tipo de violência apresenta episódios de caráter muitas vezes graves e reiterados⁶. Em 83,8% dos relatos de violência, o agressor é o companheiro, cônjuge, namorado ou “ex” da vítima, ou seja, a mulher é alvo de pessoas com quem ela mantém ou manteve um envolvimento afetivo e sexual³.

A violência tem se estabelecido como um fenômeno social que desencadeia danos à saúde da mulher⁷, vivenciá-la é algo que repercute negativamente na saúde física, psicológica e reprodutiva das mulheres, o que pode durar até mesmo após a suspensão da violência⁸⁻⁹. Nesse contexto, compreende-se a violência como um grave problema de saúde pública que causa danos à saúde da mulher e, conseqüentemente, demandas para o serviço de saúde, onde os profissionais têm papel fundamental em contribuir de forma significativa na redução das

consequências desse fenômeno, por meio de abordagens mais eficazes na atenção à saúde das mulheres, não somente do ponto de vista assistencial, mas também preventivo¹⁰.

Dentre os vários problemas de saúde gerados, encontram-se o estresse, a ansiedade¹¹, o aborto, o parto prematuro¹², os traumatismos, as incapacidades, os óbitos, os problemas mentais e o uso de substâncias¹³. Vale enfatizar a existência de evidência de que a violência pode ser uma barreira para a realização do rastreamento do câncer de colo de útero¹⁴. Mulheres em situação de violência podem apresentar uma busca diminuída por cuidados preventivos em saúde. A consulta ginecológica pode ser encarada com sentimentos de medo, vergonha ou retaliação por parte do parceiro, por constituir-se numa ameaça ao desvelamento da violência sofrida¹⁵.

Assim, este estudo parte do princípio da existência da relação entre a violência praticada pelo parceiro íntimo e a não realização, ou menor frequência, do rastreamento do câncer de colo de útero, à medida que esses dois eventos, muitas vezes, são desconsiderados na prática do serviço de saúde, e se relacionam às condições de gênero.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A fim de contextualizar os problemas de pesquisa, nesta revisão de literatura, estão sendo apresentados os dois agravos de saúde relacionados à mulher que serão abordados neste estudo. Primeiramente, a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, para compreensão acerca de conceitos e dados epidemiológicos. Em seguida a exposição sobre a neoplasia do colo de útero.

A busca sistemática de artigos está incluída nesta seção da revisão. As buscas foram feitas nas bases Pubmed e Lilacs com o objetivo de responderem às seguintes questões de pesquisa: qual a prevalência, no Brasil, da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e quais os estudos disponíveis na literatura

sobre a relação entre a violência contra a mulher e a realização do exame Papanicolaou?

2.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é definida como o uso da força física, do poder real ou ameaça, praticado contra si, ou contra outra pessoa, ou ainda contra um grupo ou comunidades, que resulte ou tenha capacidade de resultar em lesão, dano psicológico, morte, deficiência de desenvolvimento ou privação¹⁶.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde, define violência como as ações humanas que afetam a integridade e a saúde física, moral, mental ou espiritual¹⁷.

A violência constitui um problema histórico e social, que se apresenta diferentemente nas inúmeras sociedades, de acordo com a variação de valores culturais que influenciam a ética de cada uma delas¹⁸. Esse fenômeno, independente da classe social, etnia, religião e cultura¹⁹, atinge homens e mulheres de diferentes maneiras e em diversas etapas da vida²⁰.

Em relação à violência contra as mulheres, este é um acontecimento complexo, e um problema de saúde pública que afeta cerca de um terço das mulheres no mundo²¹, que pode estar presente em todo ciclo de vida da mulher, e se manifestar de diferentes formas e inúmeras circunstâncias²². A violência contra a mulher como qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta, incluindo ameaças, em coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada². Esse fenômeno inclui a violência física, sexual ou psicológica ocorrida na família, comunidade ou perpetrada e tolerada pelo Estado e seus agentes¹.

A compreensão da violência contra a mulher perpassa pelo entendimento do gênero, enquanto categoria de análise. A noção de gênero introduzida na década de 1970, nos estudos feministas, teve como objetivo compreender as relações estabelecidas entre mulheres e homens, no que tange à construção social do sexo, diferente da variável sexo, já que esta última corresponde à dimensão biológica da caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos²³.

Neste estudo, a categoria gênero é abordada como um elemento essencial das relações sociais e como forma elementar de se representar as relações de poder, ultrapassando a percepção de que as representações dominantes são naturais e inquestionáveis. Assim, admite-se o gênero como uma construção sociológica, político-cultural do termo sexo, que abrange uma dimensão integradora de toda uma carga cultural e ideológica²⁴. A desigualdade de poder entre gêneros constitui a origem de situações de disputa e de acontecimento de violência²⁵. Nesse sentido, a violência de gênero relaciona-se à condição de subordinação da mulher na sociedade.

O parceiro íntimo, ou seja, marido, namorado, noivo ou qualquer outro homem com quem a mulher desenvolva relação íntimo-afetiva²⁶ apresenta-se como o mais importante perpetrador de violência contra a mulher⁴. Quando a violência é perpetrada pelo parceiro tende a torna-se repetitiva e severamente crescente²⁷. As agressões contra a mulher ocorrem principalmente dentro dos próprios lares²⁸, uma vez que esse espaço revela-se como privilegiado para a ocorrência da violência, pois resguarda da interferência de outras pessoas, bem como o agressor ainda conta com o medo e a vergonha da vítima²⁹.

Vale considerar que a VPI constitui-se, muitas vezes, como um acontecimento cultural, reproduzido pelo sistema patriarcal e pautada nas desigualdades sociais, o que gera uma assimetria de poder e uma violação de direitos humanos³⁰. Desse modo, percebe-se que o desrespeito à dignidade das mulheres tem convivência da sociedade, bem como é promovido pela impunidade.

Observa-se que, até recentemente, no Brasil, normas e leis da sociedade permitiam ou não puniam a violência contra a mulher, como, por exemplo, casos de assassinatos de mulheres em que se alegava a defesa da honra, os chamados ‘crimes passionais’. Apenas a partir de meados da década de 70, o movimento feminista contrapõe-se à tese jurídica da “legítima defesa da honra” com o lema “quem ama não mata”. Assim, cria-se uma oposição aos crimes passionais, cujos agressores eram absolvidos judicialmente do assassinato de suas esposas. Nesse contexto, a violência contra a mulher é instaurada como questão social, iniciando-se as pressões de reconhecimento dos direitos das mulheres em leis. Esse processo converge para a criação das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAMs)³¹, em meados da década de 80.

As políticas públicas brasileiras de combate à violência contra a mulher, desde a criação das DEAMs, já percorreram uma trajetória de quase três décadas. Hoje, chama a atenção o processo de consolidação da Lei 11.340, mais conhecida como Lei Maria da Penha, sancionada em agosto de 2006, que trata da violência doméstica e conjugal contra a mulher de maneira específica³².

A Lei Maria da Penha criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e define como formas de violência:

- violência física - qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- violência psicológica – entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- violência sexual - qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- violência patrimonial - qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
- violência moral - qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Lei 11.340)³³.

Nesse contexto, insere-se, após quase uma década do início das lutas feministas, a criação, em 1984, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que inaugura uma perspectiva diferenciada no que diz respeito à saúde da mulher, na medida em que, até a década de 1970, o interesse recaía principalmente sobre a saúde materna³⁴. Esse programa não trabalhou a temática da violência de imediato, mas, nos anos 1990, a violência contra mulheres entra na pauta de propostas do campo da saúde. Em 1996, a OMS reconheceu a violência contra mulheres como um problema mundial de saúde pública, não somente pelos danos físicos resultantes, mas também por causa dos sérios efeitos à saúde mental das pessoas agredidas⁵.

Diante do exposto, apesar da violência ser um problema complexo, bem como sua resolução, acredita-se que o primeiro passo para abordá-la é tirá-la da invisibilidade, reconhecendo-a como problema de saúde pública. Nesse sentido, segundo a OMS, torna-se fundamental a capacitação de profissionais para o reconhecimento e abordagem desse fenômeno através do acolhimento e reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos humanos; bem como o fornecimento de informações acerca dos recursos da sociedade, afim de proteger a paciente, trabalhando em articulação com os outros setores da sociedade²⁵.

2.2 PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

Estimativas da prevalência da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, em 79 países e dois territórios, demonstra uma prevalência global de violência física e/ou sexual de 30%. A prevalência mais alta ocorre nas regiões da África, Oriente Médio e Sudeste Asiático, onde 37% das mulheres relataram terem vivenciado violência física e/ou sexual cometida pelo parceiro íntimo em algum momento de suas vidas. Nas regiões das Américas, a prevalência foi de 30%, enquanto na Europa e no Pacífico Ocidental foram aproximadamente de 25%. Em âmbito mundial, destaca-se o grupo etário de 40 a 44 anos, que apresenta uma prevalência de 38% de violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo²¹.

No Brasil, a violência contra a mulher constitui um dos maiores problemas de saúde pública, sendo um agravo de notificação compulsória conforme a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003³⁵, regulamentada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004, que instituiu a notificação desse fenômeno em serviços de saúde públicos ou privados³⁶, sendo universalizada para todos os serviços de saúde a partir da publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011³⁷.

Vale destacar que, apesar dessa notificação ser feita nas unidades de saúde, cabe à mulher, em respeito à sua autonomia, decidir pela denúncia aos órgãos de responsabilização e pela submissão aos exames médico-periciais³⁸.

Diante do exposto, com o objetivo de se estudar a prevalência, no Brasil, da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, realizou-se busca sistemática nas bases bibliográficas Pubmed e Lilacs.

2.2.1 Estratégia de busca

Realizou-se a busca nas bases bibliográficas utilizando os termos na Lilacs: (*Spouse abuse* [Desc], (*Violence against women* [Decs] AND (*Cross-sectional studies* [Desc] e (*Prevalence* [Desc]. Na base Pubmed os termos usados foram os seguintes: (*Domestic violence* [Mesh], AND (*prevalence* [Mesh], AND (*Cross-sectional studies* [Mesh]. Incluíram-se os termos em todos os campos. Como critérios de inclusão foram estabelecidos: estudos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, conduzidos no Brasil, com uso de amostragem probabilística. Não foram incluídos estudos com populações femininas específicas (gestantes, profissionais do sexo ou demais profissionais), bem como artigos de revisão. Optou-se por excluir estudos com populações específicas uma vez que a pesquisa será realizada em unidades de saúde com mulheres na fase adulta (20 a 59 anos), e também em razão de que prevalências de violência em grupos específicos mostrariam frequências diferenciadas desse fenômeno. Após o estabelecimento desses critérios, realizaram-se as buscas nas bases bibliográficas pré-definidas, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Estratégia de busca realizada nas bases de dados Medline e Lilacs

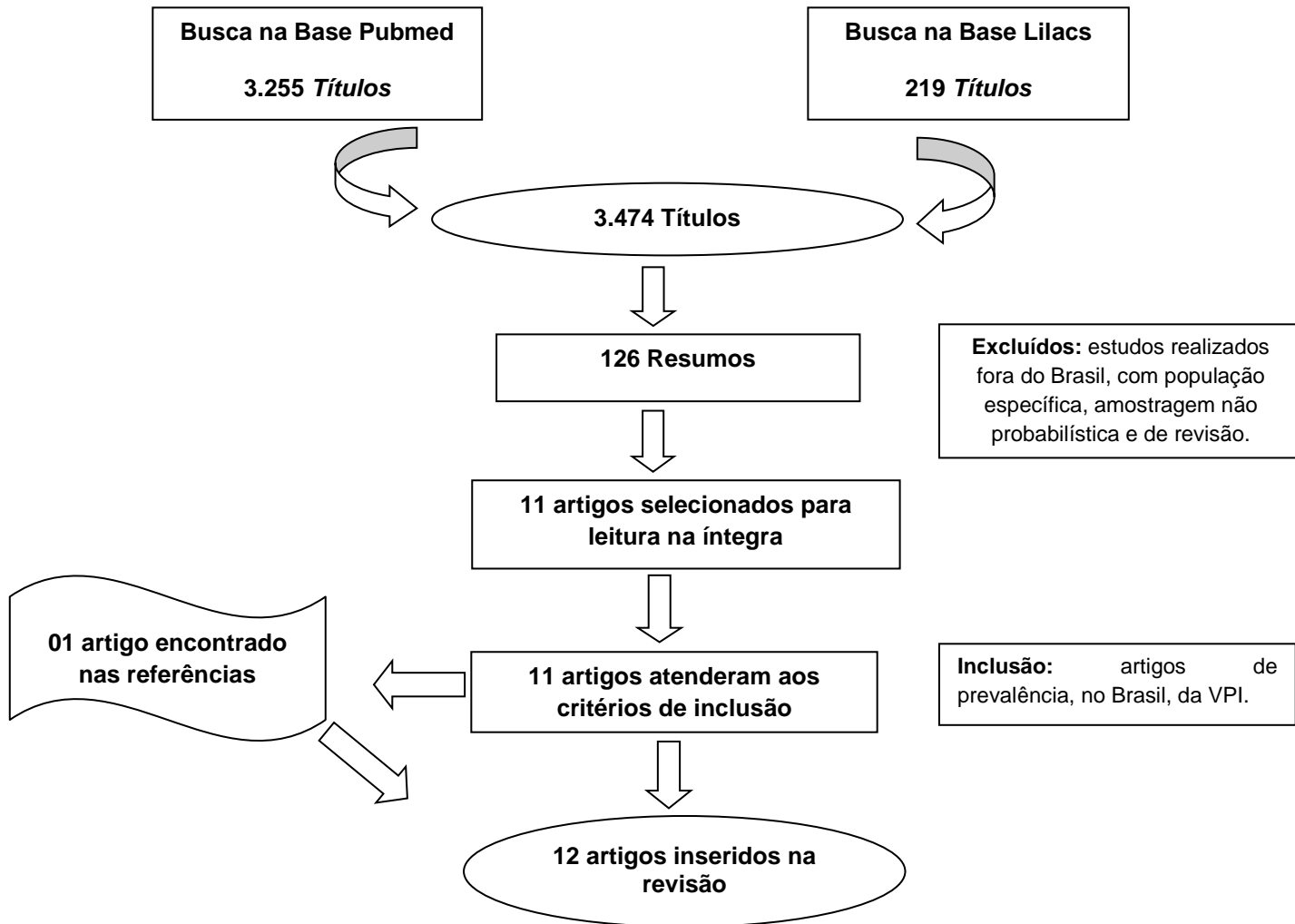
Nº	Estratégia de busca	Lilacs
1	<i>Spouse abuse AND cross-sectional studies</i>	32
2	<i>Spouse abuse AND prevalence</i>	61
3	<i>Violence against women AND cross-sectional studies</i>	40
4	<i>Violence against women AND prevalence</i>	86
TOTAL		219
Nº	Estratégia de busca	Pubmed
5	<i>Domestic violence AND cross-sectional studies</i>	594
6	<i>Domestic violence AND prevalence</i>	2661
TOTAL		3.255

Fonte: a autora.

A coleta de dados nas bases bibliográficas Pubmed e Lilacs ocorreu em outubro de 2013, por recorte temporal de 1980 até o período de realização da coleta. A revisão foi feita em três fases. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos e, após essa primeira seleção, foi feita a leitura dos resumos. Em ambas as etapas, os principais motivos de exclusões das pesquisas foram: estudos conduzidos fora do Brasil, com populações femininas específicas (gestantes, profissionais do sexo ou demais profissionais) e estudos de revisão. A terceira fase foi a seleção dos artigos para constituírem a revisão, identificados pela leitura dos resumos, sendo os principais motivos de exclusão artigos com amostragem não probabilística. Após a finalização da seleção dos artigos, nas bases bibliográficas Pubmed e Lilacs, foram extraídas das referências artigos cujo título indicava haver informações relevantes para a revisão.

Todos os artigos selecionados estavam disponíveis na íntegra. Todas essas fases estão descritas na Figura 1. Encontrou-se um total de 3.255 artigos na Pubmed e 219 na Lilacs com a combinação dos diferentes descritores (Tabela 1).

Figura 1. Fluxograma da revisão de literatura da prevalência, no Brasil, da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo.



Fonte: a autora.

2.2.2 Artigos inseridos na revisão

Conforme a estratégia de revisão descrita no item anterior, foram inseridos 12 artigos na presente revisão. Vale considerar que, destes 12 estudos selecionados, 5 apresentam a mesma amostra, sendo 3 estudos multicêntricos^{4,43,47}, que apresentam os dados de uma mesma população estudada, e 2 estudos nacionais³⁹⁻⁴⁰. Uma síntese geral dos estudos é apresentada na Tabela 2. Nota-se que os estudos acerca da prevalência da VPI foram publicados no período de 2006 a 2013. Quanto à faixa etária, em 8 estudos as mulheres encontravam-se na faixa entre 15 e 49 anos^{4,25-26,41-43,45,47} e nos outros 4 estudos as participantes tinham entre 16 e 69 anos^{39-40,44,46}.

Em relação à amostra, 7 dos 12 estudos (58%) apresentaram uma amostra com 1000 sujeitos ou mais^{4,39-40,43-44,46-47}, enquanto nos outros 5 a amostra foi inferior a 1000 participantes^{25-26,41-42,45}.

Nove dos 12 estudos coletaram os dados no domicílio da participante^{4,25-26,42-47}, e as demais pesquisas utilizaram como espaço de coleta a unidade de saúde³⁹⁻⁴¹.

Vale destacar que 2 dos estudos selecionados tiveram representatividade nacional^{44,46} enquanto 1 deles foi um estudo colaborativo internacional⁴⁷, no qual o Brasil também esteve presente. Enquanto o primeiro estudo de abrangência nacional⁴⁴ envolveu as áreas urbanas, o segundo⁴⁶ incluiu 15 capitais brasileiras e o Distrito Federal, apresentando dados pelas diferentes regiões do país. Já o estudo multicêntrico⁴⁷, de caráter internacional, foi feito em 15 localidades de 10 países do mundo, e o Brasil fez parte dessa seleção com os estados de São Paulo e Pernambuco. Verifica-se ainda, quanto às regiões brasileiras, que 6 pesquisas foram realizadas no sudeste^{4, 25,39-42,45}, 1 na região centro-oeste²⁶, 3 incluíram as regiões nordeste e sudeste^{4,43,47}, além dos 2 que incluíram as diferentes regiões do Brasil^{44,46}. Em relação ao estado, nota-se a prevalência de estudos conduzidos em São Paulo^{4,25,39-43,45,47}, seguido de Pernambuco^{4,43,47} e Brasília²⁶.

Quanto à prevalência de VPI, 4 estudos^{25,39-41} apresentaram dados sobre qualquer tipo de violência praticada pelo parceiro. No que tange ao tipo de violência, a maioria dos estudos (10)^{4,25-26,39-40,42-43,45-47} mostram resultados relacionados à violência física; 8 estudos^{4,25-26,39-40,43-44,47} com dados sobre a violência sexual e 6 estudos^{4,25-26,39-40,46} analisaram a violência psicológica/emocional.

Ao longo da vida da mulher, a prevalência de VPI apresenta-se com uma frequência de 34,5% a 56,4%^{25,39-41}. Já nos últimos 12 meses, as prevalências variaram de 20,3% a 32,1%^{25,40}. Destaca-se que todos os estudos com dados de prevalência de VPI foram realizados em municípios de São Paulo.

Em relação aos tipos de violência contra a mulher, a prevalência de violência física ao longo da vida variou de 26,0% a 58,6%^{4,25-26,39-40,42-43,45,47}. Já a violência física nos últimos 12 meses apresentou prevalências variando de 8,3% a 32,4%^{4,26,40,46-47}. A menor prevalência de violência física, tanto ao longo da vida, como nos últimos 12 meses foi encontrada na cidade de São Paulo^{4,42,47} e a maior no Distrito Federal²⁶.

Vale destacar que o estudo realizado em 15 capitais brasileiras entre 2002 e 2003, dentre estas, Vitória, evidenciou uma frequência de 13,7% de violência física perpetrada pelo homem contra a mulher⁴⁶. Esse dado é importante, já que, no Mapa da Violência, Vitória destaca-se dentre as capitais do Brasil com uma taxa de 13,2 homicídios para cada 100.000 mulheres, sendo a taxa para todas as capitais de 5,4/100.000⁴⁸.

A violência psicológica apresentou as maiores prevalências, variando de 41,5% a 80,2%^{4,25-26,39-40} ao longo da vida, sendo também maior no Distrito Federal²⁶ e menor em Ribeirão Preto²⁵. Nos últimos 12 meses, as prevalências da violência psicológica variaram de 18,7% a 78,3%^{4,26,40,46}. Encontrou-se maior prevalência em estudo realizado nas capitais brasileiras⁴⁰ e a menor na cidade de São Paulo⁴.

No que tange à violência sexual, as prevalências variaram de 9,8% a 28,8%^{4,25-26,39-40,44,47} ao longo da vida, sendo a maior frequência encontrada em Brasília²⁶ e a menor em Ribeirão Preto²⁵. Já as prevalências nos últimos 12 meses variaram de 2,8% a 15,5%^{4,26,40,47}, também sendo a maior em Brasília²⁶ e a menor em São Paulo^{25,47}.

Tabela 2 – Características dos estudos de Prevalência, no Brasil, da Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo

Autor	Tamanho da amostra/Faixa etária	Local da coleta de dados	Região/estado do estudo	Prevalência de Violência na vida	Prevalência de Violência (12 meses)
Mathias AKA, <i>et al</i> ⁽³⁹⁾ .	2.379 mulheres (18 a 60 anos)	Unidade de saúde	Sudeste/15 municípios de São Paulo	55,7% (VG) 53,8% (VP) 32,2% (VF) 12,4% (VS)	-----
Osís MJD, <i>et al</i> ⁽⁴⁰⁾ .	2.379 mulheres 14 coordenadores municipais de saúde da mulher, 75 gestores e 375 profissionais. (18 a 60 anos)	Unidade de saúde	Sudeste/15 municípios de São Paulo	56,4% (VG) 53,8% (VE) 32,3% (VF) 12,4% (VS)	32,1% (VG) 30,6% (VE) 12,3% (VF) 4,2% (VS)
Vieira EM, <i>et al</i> ⁽⁴¹⁾ .	504 mulheres (15 a 49 anos)	Unidade de saúde	Sudeste/Ribeirão Preto (SP)	34,5% (VG)	-----
Miranda MPM, <i>et al</i> ⁽⁴²⁾ .	784 mulheres (16 a 49 anos)	Entrevista em domicílio	Sudeste/Embu (SP)	VCFM (tapa, chute, soco, espancamento, uso/ameaça de uso de arma, outras agressões físicas espontaneamente referidas), foi de 26,0% para algum tipo de violência.	-----
D'Oliveira AFPL, <i>et al</i> ⁽⁴³⁾ .	940 mulheres em SP e 1.188 na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP) (15 a 49 anos)	Inquérito domiciliar parte de um estudo multicêntrico	Sudeste/São Paulo Nordeste/Zona da Mata de Pernambuco	SP - 28,9% (VF e/ou VS) ZMP - 36,9% (VF e/ou VS)	-----
Moura LBA, <i>et al</i> ⁽²⁶⁾ .	278 mulheres (15-49 anos)	Inquérito domiciliar	Centro Oeste/Brasília (DF)	80,2% (VP) 58,6% (VF) 28,8% (VS)	50% (VP) 32,4% (VF) 15,5% (VS)

Tabela 2 – Continuação

Autor	Tamanho da amostra/Faixa etária	Local da coleta de dados	Local do estudo	Prevalência de Violência na vida	Prevalência de Violência (12 meses)
Schraiber LB <i>et al</i> , 2008 ⁽⁴⁴⁾ .	2.298 homens e 2.742 mulheres	Inquérito domiciliar	Áreas urbanas do Brasil	11,8% (VS)	-----
	(16 a 65 anos)				
Schraiber LB <i>et al</i> , 2007 ⁽⁴⁾ .	940 mulheres em SP e 1.188 na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP)	Inquérito domiciliar. parte de um estudo multicêntrico.	Sudeste/São Paulo	SP - 41,8% (VP)	SP - 18,7% (VP)
			Nordeste/Zona da Mata de Pernambuco	ZMP - 48,9% (VP)	ZMP - 24,2% (VP)
	(15 a 49 anos)			SP - 27,2% (VF)	SP - 8,3% (VF)
				ZMP - 33,7% (VF)	ZMP - 12,9% (VF)
				SP - 10,1% (VS)	SP - 2,8% (VS)
				ZMP - 14,3% (VS)	ZMP - 5,6% (VS)
Marinheiro ALV <i>et al</i> , 2006 ⁽²⁵⁾ .	265 mulheres (18 a 49 anos)	Entrevista em domicílio ou em outro local seguro, após contato inicial com uma entrevistadora.	Sudeste/Ribeirão Preto (SP)	45,3% (VG)	20,3% (VG)
				26,4% (VF)	-----
				41,5% (VP)	-----
				9,8% (VS)	-----
Bruschi A <i>et al</i> , 2006 ⁽⁴⁵⁾ .	86 mulheres (15 a 49 anos)	Entrevista em domicílio	Sudeste/Embu (SP)	33,7% (VCF) - (grave e/ou não grave, além de outras formas de agressão física espontaneamente referidas)	-----
				22,1% (VCF grave) - (chute, soco, espancamento e/ou uso/ameaça de uso de arma)	
				10,5% (VCF não grave) - e (tapa na ausência de violência grave)	

Tabela 2 – Continuação

Autor	Tamanho da amostra/Faixa etária	Local da coleta de dados	Local do estudo	Prevalência de Violência na vida	Prevalência de Violência (12 meses)
Reichenheim M <i>et al</i> , 2006 ⁽⁴⁶⁾ .	6.760 mulheres (15 a 69 anos)	Entrevista em domicílio	Estudo multicêntrico, realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal.	-----	78,3%, (VP) 14,6% (VF) 13,7% (VF) – Vitória e 25,8% (VF) - Belém 9,5% (VF) - João Pessoa Maiores prevalências maiores nas cidades do Norte/Nordeste do que Sudeste/Sul/Centro-oeste.
Garcia-Moreno C <i>et al</i> , 2006 ⁽⁴⁷⁾ .	940 mulheres em SP e 1.188 na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP) (15 a 49 anos)	Entrevista em domicílio parte de um estudo multicêntrico	Estudo multicêntrico realizado em 15 locais de 10 países	Em São Paulo 27,2% (VF) 10,1% (VS) 28,9 % (VS e/ou VF) Em Pernambuco 33,8% (VF) 14,3% (VS) 36,9 % (VS e/ou VF)	Em São Paulo 8,3% (VF) 2,8% (VS) 9,3 % (VS e/ou VF) Em Pernambuco 12,9% (VF) 5,6% (VS) 14,8 % (VS e/ou VF)

Legenda: VG – Violência geral/ VE – Violência emocional/ VF – Violência física/ VS – Violência sexual/ VP- Violência psicológica.

Fonte: a autora.

2.3 VIOLÊNCIA E O IMPACTO NA SAÚDE DA MULHER

A violência constitui um problema de saúde pública, pois afeta a saúde individual e coletiva e requer, para sua prevenção e tratamento, a elaboração de políticas específicas e a organização dos serviços, que antes estavam muito mais

orientados para as enfermidades de origem fisiológica, e agora necessitam se organizar para atender às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais⁴⁹.

As marcas da vivência aparecem não somente no corpo, mas refletem-se na saúde das vítimas através de sequelas físicas e danos mentais como depressão, fobias, perda da autoestima, desânimo, ansiedade e isolamento social⁴⁹⁻⁵⁰. Dentre as sequelas físicas notam-se as dores crônicas, sem diagnóstico de lesões⁵¹, problemas sexuais e reprodutivos, hipertensão, obesidade, desnutrição e interrupção de tratamentos⁵⁰. Outros sinais frequentemente relacionados à violência, mas nem sempre evidenciados como tal, pois são identificados como “acidentais”, são as repetidas queimaduras, quedas e fraturas no ambiente doméstico ou fora dele⁵⁰.

Nas mulheres, além das dores, o impacto psicológico e os sintomas acima descritos estão relacionados à VPI, à gravidez indesejada, aos abortos, à morte materna, ao pré-natal tardio, à hipertensão e ao diabetes gestacional, à placenta prévia, às doenças sexualmente transmissíveis (DST)⁵⁰, bem como ao rastreamento do câncer de colo de útero^{14,15}.

Nesse contexto, vale destacar a relação da violência com a prevenção do câncer de colo de útero, uma vez que o rastreamento constitui uma estratégia importante de detecção precoce da neoplasia do colo de útero, levando ao tratamento oportuno e, assim, contribuindo para a redução da incidência, da mortalidade e das sequelas físicas, sociais e psicológicas causadas por essa patologia⁵².

2.4 CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

Estimativas da OMS para o ano 2030 apontam a ocorrência de 27 milhões de casos incidentes de câncer, sendo 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivendo, anualmente, com essa doença. No Brasil, as estimativas para o ano de 2012, válidas também para o ano de 2013, revelam a magnitude do problema, com a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma. Nos países com mais recursos financeiros,

observa-se o predomínio de neoplasias de pulmão, mama, próstata e cólon, enquanto nos países com menos recursos os cânceres de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero⁵³.

O câncer de colo do útero corresponde à terceira causa mais comum de neoplasia e a quarta causa de morte entre as mulheres no mundo, respondendo por 529.800, ou seja, 9% do total de novos casos de câncer entre as mulheres no mundo, em 2008, e por 275.100 (8%) dos óbitos, nesse mesmo ano⁵⁴. Vale destacar que mais de 85% da mortalidade ocorre em países de renda média ou baixa, sendo as regiões da África Ocidental e Oriental (incidência superior a 30 novos casos por 100.000 mulheres em 2008), África do Sul (27/100.000), Sul da Ásia e parte central (25/100.000) e América do Sul e Central (23/100.000) consideradas áreas de risco. Por outro lado, as taxas mais baixas de incidências se encontram na Ásia Ocidental, América do Norte e Austrália (até 6/100.000)⁵⁵.

No Brasil, são esperados 17.540 casos novos de câncer de colo do útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Esse tipo de neoplasia é mais incidente na região Norte (24/100 mil), seguida das regiões Centro-Oeste (28/100 mil), Nordeste (18/100 mil), Sudeste (15/100 mil) e, por último, a região Sul (14/100 mil). No Espírito Santo, estimam-se 340 casos novos, com uma incidência de 19/100.000 mulheres, sendo que na capital, Vitória, a ocorrência esperada é de 40 casos novos com incidência de 20/100.000. Analisando dados mundiais, a faixa etária de menor incidência é a de 20 a 29 anos, aumentado com a idade até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos⁵³.

Aproximadamente 90% dos fatores de risco envolvidos na evolução do câncer de colo de útero não estão associados aos aspectos genéticos e biológicos, mas sim, às carências nutricionais da mulher, tabagismo, multiplicidade de parceiros, atividade sexual precoce, doenças sexualmente transmissíveis, multiparidade e uso de anticoncepcionais hormonais orais⁵⁶. Entretanto, dentre esses, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o principal fator de risco para o câncer de colo de útero⁵⁷.

Vale ressaltar que esse tipo de câncer está entre aqueles com maior potencial para cura e prevenção, quando diagnosticado precocemente⁵⁸. O teste Papanicolaou, conhecido como exame preventivo, ou ainda exame citopatológico, constitui a principal estratégia utilizada em programas de rastreamento⁵³, sendo efetivo, seguro e de baixo custo para detecção precoce desse câncer⁵⁹⁻⁶⁰.

As estratégias utilizadas pelo serviço para a detecção precoce do câncer de colo do útero no Brasil compreendem o diagnóstico e o rastreamento precoce dessa neoplasia⁶¹. Na política atual, estabelecida pelo Instituto Nacional de Câncer, recomenda-se a realização do Papanicolaou com intervalo de três anos entre os exames, quando no intervalo de um ano se tem dois exames negativos. A mulher que já iniciou a atividade sexual deve iniciar a coleta do exame aos 25 anos de idade, e seguir até os 64 anos, e pode ser interrompido quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos⁶².

O rastreamento adequado do câncer de colo de útero pode prevenir o aparecimento da doença⁶³. Apesar dos benefícios por meio do Papanicolaou, infelizmente, a cobertura desse exame é baixa em algumas regiões, quando comparada ao preconizado pela OMS, que seria de 80%⁶⁴. Estudo recente, realizado em 41 municípios brasileiros da região Sul e Nordeste, demonstra uma cobertura de 75,3% (IC95%: 74,0-76,7), não apresentando diferença significativa entre as regiões (Sul = 74,3%; Nordeste = 76,2; $p = 0,115$). A prevalência de adequação da periodicidade do exame foi de 70,7% (IC95%: 69,3-72,1) para o total da amostra, sendo 69,4% (IC95%: 67,3-71,6) no Sul e 71,8% (IC95%: 69,9-73,7) no Nordeste⁶³.

No estado do Rio Grande do Sul, em áreas cobertas pela ESF, 76% das mulheres realizaram citopatológico alguma vez na vida, mas somente 66,3% foram submetidas ao exame há 36 meses ou menos⁶⁵. No estado de Pernambuco, a cobertura do Papanicolaou entre mulheres de 18-69 anos foi de 58,7% e de 25-59 anos de 66,2%⁶⁶. Já no estado do Maranhão, a cobertura do Papanicolaou pelo menos uma vez na vida, foi de 82,4%⁶⁷ e no último ano de 65,8%. No município de Vitória, Espírito Santo, cerca de 90% das mulheres da rede pública e privada, na faixa etária de 25 a 59 anos, no ano de 2010, realizaram o exame em algum momento da vida⁶⁸, sendo que não foram encontrados dados referentes à coleta nos últimos três anos.

A variabilidade dos dados acerca da prevalência da cobertura do exame citopatológico decorre da pouca padronização metodológica no que tange à amostragem e perfil das mulheres pesquisadas, o que dificulta a comparação⁶⁹. Entretanto, ressalta-se que mulheres que não realizam ou nunca realizaram o Papanicolaou desenvolvem a neoplasia do colo do útero com mais frequência^{15,70-71}.

Sendo o risco cumulativo de câncer de colo de útero reduzido em 84% para mulheres rastreadas a cada cinco anos e em 91% para aquelas que realizam o preventivo a cada três anos. O exame anual aumenta a proteção em apenas 2%⁷².

Nesse sentido, as citologias repetidas em curto período devem ser evitadas, pois aumentam em pouco a proteção das mulheres, elevam os custos do programa de prevenção e dificultam o acesso de grupos mais vulneráveis⁶⁷. Sendo assim, as atividades de rastreamento do câncer de colo do útero devem ser direcionadas para grupos menos atingidos pelo Papanicolaou, como as que não possuem companheiro⁶⁵, têm baixo nível de escolaridade⁶⁵⁻⁶⁶, pertencem ao estrato socioeconômico mais baixo, são primíparas⁶³ ou nunca deram à luz⁶⁶, e as que são vítimas de violência⁷³⁻⁷⁶.

2.5 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

2.5.1 Estratégia de busca

A fim de identificar os estudos disponíveis na literatura sobre violência contra a mulher e a realização do exame de Papanicolaou, foi realizada uma revisão sistemática na literatura nas bases Pubmed e Lilacs.

Os termos utilizados para a busca na base Lilacs foram: (*Violence* [Decs] (*Spouse abuse* [Decs] (*Violence against women* [Decs] (*Spouse abuse* [Decs] AND (*Vaginal smears* [Desc] AND (*Uterine cervical diseases* [Decs] AND (*Uterine cervical neoplasms* [Decs]). Na Pubmed utilizou-se os seguintes termos: (*Violence* [Mesh], (*Domestic violence* [Mesh] AND (*Vaginal smears* [Mesh] AND (*uterine cervical neoplasms* [Mesh]). Utilizaram-se os termos em todos os campos. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: estudos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, que atendiam a questão de pesquisa “evidências na literatura sobre a violência contra a mulher e a realização de exame Papanicolaou”. Após o estabelecimento desses critérios, foram realizadas as buscas nas bases bibliográficas, como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Estratégia de busca realizada na base de dados Pubmed e Lilacs

Nº	Estratégia de busca	Lilacs
1	<i>Spouse abuse AND Vaginal smears</i>	0
2	<i>Violence AND Vaginal smears</i>	01
3	<i>Spouse abuse AND Uterine cervical diseases</i>	0
4	<i>Violence AND Uterine cervical diseases</i>	0
5	<i>Violence against women AND Uterine cervical neoplasms</i>	0
6	<i>Violence against women AND Vaginal smears</i>	0
TOTAL		01
Nº	Estratégia de busca	Pubmed
7	<i>Violence AND uterine cervical neoplasms</i>	29
8	<i>Violence AND Vaginal smears</i>	32
9	<i>Domestic violence AND uterine cervical neoplasms</i>	04
10	<i>Domestic violence AND Vaginal smears</i>	0
TOTAL		66

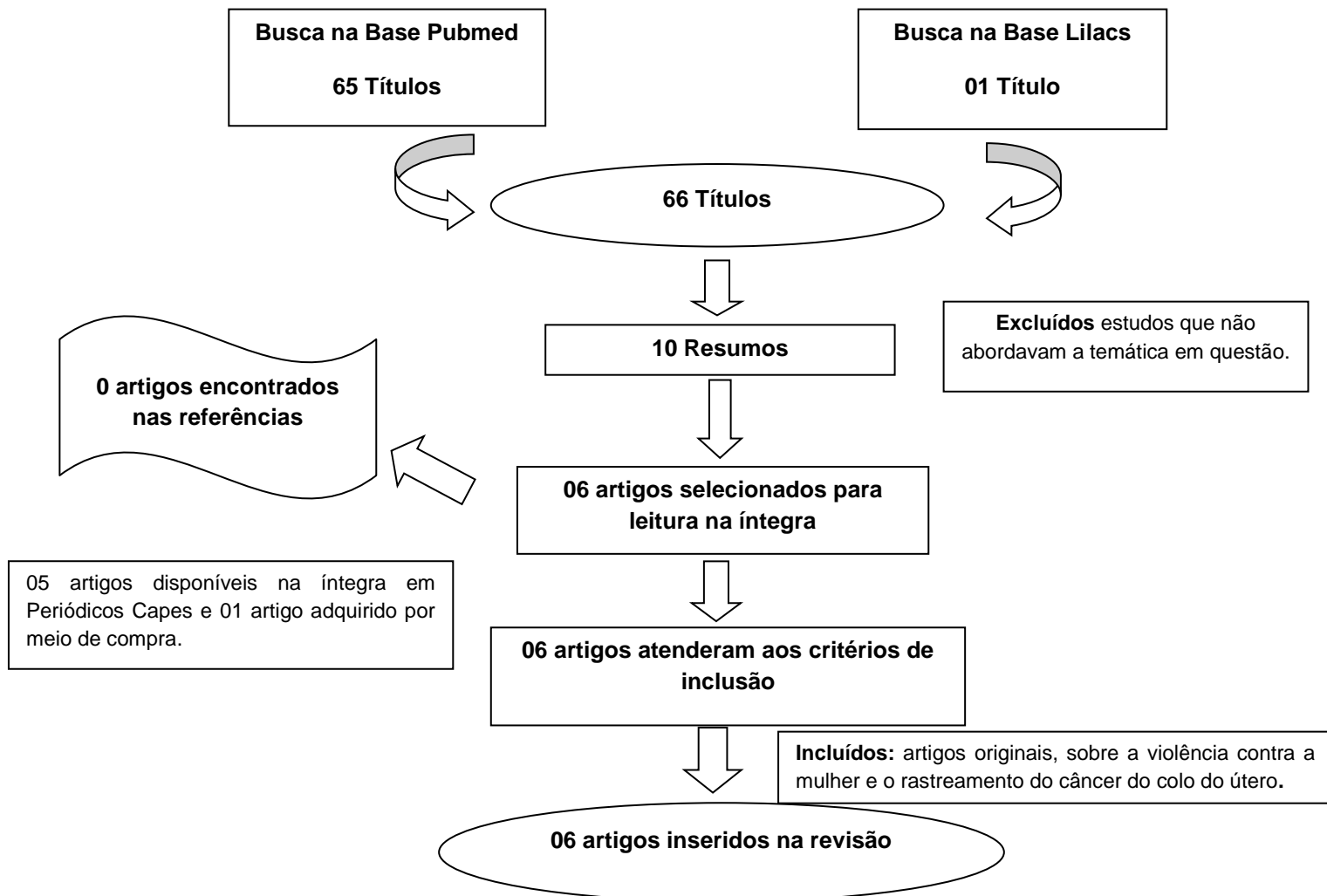
Fonte: a autora.

A coleta de dados nas bases bibliográficas Pubmed e Lilacs foi realizada em três fases e aconteceu em outubro de 2013, por recorte temporal de 1980 até o período de realização da coleta. Nesta revisão, vale destacar que a procura dos estudos foi além de pesquisas feitas no Brasil. Na primeira fase, foi realizada a leitura de títulos, seguida dos resumos e, por último a leitura dos artigos na íntegra. Essas fases estão apresentadas na Figura 2. Com o cruzamento dos descritores foram identificados 66 estudos na Pubmed e 1 artigo na Lilacs.

Em todas as etapas, os principais motivos de exclusões foram: estudos que não abordassem a temática em questão “a violência contra a mulher e a realização do Papanicolaou”. Na última fase, foi feita a revisão dos artigos na íntegra, selecionados a partir da leitura dos resumos. Artigos que não se encontravam disponíveis na íntegra em acesso livre foram buscados na página dos Periódicos Capes (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>) ou adquiridos por meio de compra.

Ao fim da seleção dos artigos, foram extraídas as referências dos artigos cujos títulos sugeriam informações relevantes para a revisão.

Figura 2 - Fluxograma da revisão de literatura dos estudos disponíveis sobre violência contra a mulher e o rastreamento do câncer de colo do útero.



Fonte: a autora.

2.5.2 Artigos inseridos na revisão

Seis artigos foram selecionados após leitura dos títulos e dos resumos. Nenhum artigo foi identificado nas referências. Após a leitura na íntegra dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, os mesmos foram incluídos na revisão. As características gerais dos estudos estão sumarizadas na Tabela 4.

Dos 6 estudos, apenas 1 deles incluiu mais de 1000 mulheres⁷⁴, enquanto os outros 5 estudos^{73,75-78} tiveram menos de 500 participantes. Os estudos foram

realizados no Irã⁷³, Estados Unidos⁷⁵⁻⁷⁸ e Austrália⁷⁴ e publicados no período de 2006 a 2012.

A maioria dos estudos apresenta menor frequência de realização de exame preventivo para câncer de colo uterino nas mulheres que sofrem violência⁷³⁻⁷⁶. Outros autores destacam que não há diferença entre o rastreamento do câncer no grupo de vítimas e não vítimas de violência⁷⁸, ou ainda, que mulheres vitimizadas são mais propensas a terem um resultado anormal de Papanicolaou⁷⁷.

Vale destacar que, apesar de alguns autores apontarem que 53,3% das vítimas de violência doméstica nunca participaram de um exame de rastreamento do câncer de mama, esta pesquisa não apresenta um grupo de comparação, ou seja, mulheres não vítimas de violência, dado que limita o estudo, e, consequentemente os resultados encontrados⁷³. Por outro lado, dados apresentados por outras pesquisas destacam que vítimas de violência pelo parceiro nos 8 anos anteriores, quando comparadas com não vítimas, são mais propensas a um rastreamento do câncer de colo de útero inadequado (OR: 1.42, 95%CI: 1.21; 1.66)⁷⁴, bem como, mulheres com 40 anos ou mais, com história de abuso físico e/ou sexual apresentaram menores taxas de rastreamento do câncer de colo do útero (36,4% vs 76,9%) do que as vítimas de abuso emocional⁷⁵.

Tabela 4 – Características dos estudos disponíveis sobre violência contra a mulher e o Papanicolaou

Autor/Ano	Tamanho da amostra/Faixa etária	Local do estudo	Método	Resultados	Conclusão
Ramaswamy M <i>et al</i> , 2011 ⁷⁷ .	204 mulheres	Estados Unidos	Estudo transversal	Mulheres com história de violência tem mais chance de um resultado anormal de Papanicolaou, sendo para abuso físico (OR] = 6.05; CI 2.36, 15.54) e para aquelas com VPI no último anos esse resultado foi OR = 2.41; CI 1.09, 5.31.	História de violência severa pode ter relação com a prevenção do câncer cervical.
Mohammadi G <i>et al</i> , 2011 ⁷³ .	98 mulheres Média de idade 33,4 anos	Irã	Estudo transversal	53,3 % das mulheres vítimas de violência doméstica nunca participaram de exame de triagem do câncer cervical.	A violência possui relação com a saúde reprodutiva da mulher.
Loxton D <i>et al</i> , 2009 ⁷⁴ .	7312 mulheres (45 a 50 anos)	Austrália	Estudo transversal	Mulheres vítimas de violência pelo parceiro nos oito anos anteriores, comparadas com aquelas que não tinham, tinham mais chance a um rastreamento inadequado (OR: 1.42, 95%CI: 1.21; 1.66). Após ajuste para escolaridade, renda, estado civil, doenças crônicas e depressão, a VPI manteve-se associada com o teste inadequado do Papanicolaou (OR: 1.20, 95%CI: 1.01; 1.42).	Existe relação inversa entre o rastreamento do câncer de colo do útero e violência praticada pelo parceiro.

Tabela 4 – Continuação

Autor/Ano	Tamanho da amostra/Faixa etária	Local do estudo	Método	Resultados	Conclusão
Gandhi S <i>et al</i> , 2009 ⁷⁵ .	382 mulheres (21 a 74 anos)	Estados Unidos	Estudo transversal	Mulheres com 40 anos ou mais, que relataram abuso físico e/ou sexual apresentaram menores frequência de rastreamento do câncer de colo do útero (36,4% vs 76,9%) do que as vítimas de abuso emocional. As vítimas de abuso emocional, comparadas as vítimas de abuso físico e/ou sexual com idade entre 40 e 74 anos tinham 87% menos chances de estar em dia com o exame Papanicolaou (OR: 0,13, 95% CI, 0,02-0,86).	As taxas de rastreamento do câncer entre as vítimas de VPI foi pelo menos 15 % menor do que a média da população.
Modesitt SC <i>et al</i> , 2006 ⁷⁸	101 mulheres	Estados Unidos	Transversal	Não houve diferença no rastreamento do câncer entre o grupo de vítimas e não vítimas de violência.	História de violência em mulheres com diagnóstico de câncer é comum e está relacionado ao estágio avançado no momento do diagnóstico da neoplasia.
Ann L. Coker, <i>et al</i> ⁷⁶	470 mulheres	Estados Unidos	Coorte	A violência física grave perpetrada pelo parceiro está associada ao não acompanhamento das lesões identificadas no exame de Papanicolaou (RR: 1,7, 95% CI, 1,3-2,2).	Mulheres vítimas de violência têm mais risco de não continuar o rastreamento de um exame anormal de Papanicolaou.

Fonte: a autora.

3 MARCO TEÓRICO

O marco teórico aborda os principais fatores determinantes da violência contra a mulher cometida pelo parceiro e os fatores que determinam a realização do Papanicolaou, também conhecido como exame preventivo ou citopatológico.

Para a melhor compreensão dos fatores que podem estar relacionados com a VPI, construiu-se um modelo teórico (Figura 3) por níveis hierárquicos, buscando identificar os fatores que estariam em um nível mais distal e que poderiam ter influência direta sobre o desfecho ou, indiretamente, por meio de fatores mais proximais.

Assim, dentre os fatores distais que podem estar relacionados com a VPI podem ser citadas as características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro. Estudos têm demonstrado que determinadas características demográficas da mulher aumentam a chance de vivência da VPI. A frequência da violência é alta entre as mulheres jovens e negras, quando comparadas ao grupo de mulheres brancas⁷⁹. A escolaridade da mulher também é uma característica importante. Mulheres com baixa renda familiar⁸⁰, menor escolaridade e sem parceiro, estão mais susceptíveis à violência^{39,79} praticada pelo parceiro. Em outro estudo, pertencer às classes econômicas mais baixas, à religião protestante e exercer trabalho remunerado aumentaram o risco de ocorrência desse fenômeno³⁹.

Quanto às características dos parceiros, nota-se que a maioria dos que praticam violência é jovem, possui baixa escolaridade⁷⁹ e não tem trabalho remunerado⁸¹. Em relação à história de vida, a chance de ser vítima de violência perpetrada pelo parceiro aumenta nas mulheres com história de abuso sexual e se o parceiro foi agredido na infância⁴¹.

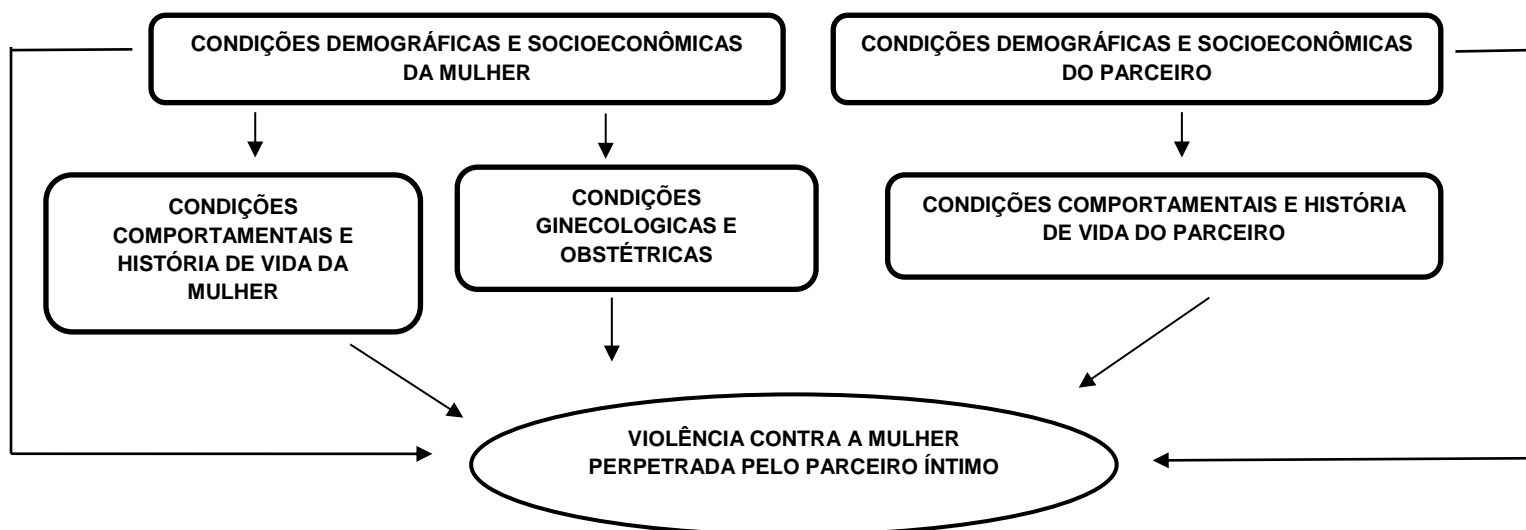
Entre os determinantes proximais, um fator bastante frequente, no contexto da violência, é o uso de álcool e outras drogas. O consumo de álcool pelo parceiro está associado ao aumento da violência⁸². Achado interessante é a ingestão de álcool não apenas pelo perpetrador da violência, mas também pelas vítimas durante os episódios de violência⁸³. Observa-se que o uso de drogas, é mais frequente entre os companheiros e os ex-companheiros de mulheres agredidas⁸⁰. O fato do parceiro ser controlador também aumenta a chance de sofrer violência⁴¹.

Características obstétricas e ginecológicas da mulher também mostram-se relacionadas à vivência da violência. Mulheres que tiveram a primeira relação sexual

forçada ou precoce mostraram-se mais vulneráveis à VPI em diversos estudos^{41,43,84}, da mesma forma que mulheres múltiparas ou com filhos^{43,85} e que tiveram história de abortamento⁴¹.

Ainda como determinante mais proximal da VPI, encontra-se a suspeita de infecção pelo HIV. A soropositividade está associada à violência grave e reiterada⁸⁶. Mulheres que vivenciam episódios de sexo desprotegido são mais propensas a experimentar a VPI⁸⁷, uma vez que esses episódios podem colocar as mulheres em situações de risco no cuidado à sua saúde⁸⁸.

Figura 3 - Modelo Teórico: Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo



Fonte: a autora.

Para a análise da relação entre a VPI e a realização de Papanicolaou, é necessário compreender a relação dos possíveis fatores de confusão, ou seja, variáveis associadas com a exposição e com o desfecho e que não são elo da cadeia causal, e dos fatores mediadores com a exposição e o desfecho.

Assim, a idade da mulher é um fator que influencia na cobertura do exame ginecológico⁸⁹, bem como na proporção de realização do exame citopatológico, que é maior no grupo de mulheres com maior renda, que se referem brancas e vivem com companheiro⁶⁶⁻⁹⁰.

Para as características obstétricas e ginecológicas, o fato de ter filhos está relacionado à realização do Papanicolaou⁶⁶, bem como determinadas características como a idade da menarca antes dos 12 anos, o não uso de preservativos nas relações sexuais e história de câncer de colo do útero podem ser fatores importantes na realização do exame citopatológico⁹¹. Outra característica que vale ser destacada é a relação entre a realização do Papanicolaou e a utilização de DIU, preservativo masculino, tabela, laqueadura, coito interrompido, vasectomia e outros métodos⁹². Vale lembrar ainda a maior prevalência do início precoce das atividades sexuais entre as mulheres submetidas a exames diagnósticos, dentre eles o Papanicolaou⁹³. Levando em conta que esses fatores podem também estar relacionados com a VPI, deverão ser considerados na análise que busca identificar a associação com a realização de exame preventivo de câncer de colo de útero.

Quanto às questões comportamentais relacionadas à saúde e à morbidade, mulheres que não realizaram outras práticas preventivas e de cuidados à saúde, como o autoexame mensal das mamas, o exame clínico das mamas no último ano e a mamografia nos últimos dois anos, bem como as fumantes, apresentam mais chance de não realização do exame do Papanicolaou^{90,94}. Vale destacar que as mulheres vítimas de violência são mais propensas ao fumo⁷⁸. Por outro lado, pesquisa recente destaca que esse grupo têm duas vezes mais probabilidade de ter um exame de mama⁹⁵, e mais risco de um rastreamento do câncer de colo de útero inadequado⁷⁴.

Finalmente, cabe destacar a incorporação de um elemento contribuinte para uma situação de vulnerabilidade individual, a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, que impacta na saúde das mulheres e no uso do serviço de saúde. A interação entre mulheres em situação de violência e a utilização de serviços preventivos é complexa e pouco estudada, e talvez possa depender do tipo de violência sofrida, de sua severidade e do perpetrador do ato violento. Entretanto, destaca-se que a violência pode gerar prejuízos no cuidado de si e de outros, e uma busca diminuída por cuidados preventivos em saúde¹⁵. Nota-se, assim, que o acesso ao serviço e a realização do exame de Papanicolaou é diferente entre a população feminina, sendo mais frequente em determinados grupos que apresentam características e comportamentos individuais, que agem como facilitadores ou como barreiras de acesso aos serviços de saúde¹⁵. Por outro lado, as dificuldades de

acesso à realização do exame citopatológico, sob um aspecto organizacional, relaciona-se à oferta do serviço e às dificuldades de acessibilidade geográfica⁹⁶⁻⁹⁷.

4 JUSTIFICATIVA

A vulnerabilidade feminina a certos agravos relaciona-se mais com determinadas questões de gênero - como a sua situação diante da sociedade - do que com fatores biológicos, pois a mulher apresenta problemas e necessidades singulares de saúde, diferentes das necessidades dos demais grupos que compõem a esfera social⁹⁸.

A violência contra a mulher, em todo o mundo, vem sendo afirmada como um problema de saúde pública⁹⁹. E mesmo não sendo um tema exclusivo da área de saúde, afeta a mulher não somente pelos danos físicos e psicológicos que causa¹⁸, em decorrência da aplicação da força física e/ou constrangimento psicológico que se atribui contra sua vontade, mas também violando seus direitos e sua integridade.

Agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, desencadeados pela violência, dificultam a experiência da mulher em viver a igualdade humana e social de forma plena. A constância e as inúmeras formas de agressão vivenciadas ao longo da vida revelam a necessidade de se investigar como esse fenômeno interfere no processo de viver, adoecer e morrer de quem as sofre¹⁸, impactando no trabalho e na vida familiar, restringindo a autonomia da mulher vitimizada e afetando a sua capacidade para a busca efetiva de socorro⁴². Nesse sentido, na maioria das vezes, a mulher não revela os episódios de violência que vivencia, mantendo o problema oculto, dificultando o seu diagnóstico²⁵.

Estudos têm apontado para uma sólida associação entre VPI e problemas de saúde, incluindo distúrbios cardiovasculares, gastrointestinais, aumento de queixa de dores e fadiga¹⁰⁰⁻¹⁰², além da relação com o rastreamento, a menor frequência de exame papanicolaou⁷³⁻⁷⁵, e o diagnóstico tardio da neoplasia do colo de útero⁷⁸. Esse dado é de grande relevância, considerando o exame Papanicolaou a principal estratégia de detecção precoce e, conseqüentemente, de redução na incidência e mortalidade por esse agravo⁶².

Vale destacar que, em algumas situações, enquanto vítima de violência, o

setor de saúde será o local onde as mulheres recorrem devido aos agravos resultantes dessa prática. Logo, compete ao serviço acolher as vítimas, minimizando o trauma e evitando sequelas. De tal maneira, os profissionais de saúde são componentes fundamentais na detecção do problema e no processo de quebra do ciclo de violência.

Contudo, infelizmente, o setor saúde acaba diluindo a violência vivenciada pela mulher, entre outros agravos, sem levar em consideração o ato que gerou o estado de morbidade, pois o serviço acaba se limitando a cuidar de sintomas¹⁰³, não identificando as mulheres que estão em situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas trazem evidências da ocorrência desse evento⁴⁷.

Outro achado que dificulta esse processo é o silêncio acerca da violência de gênero, bem como, a forma como se oculta, criando barreiras no cotidiano dos serviços de saúde, em razão das dificuldades em se conhecer e reconhecer esse fenômeno. Nesse sentido, a incorporação desta temática de forma técnico-científica, é de fundamental importância, pois possibilita o embasamento das práticas e do trabalho profissional.

Além de ser uma temática de grande relevância para a saúde, são poucos estudos sobre a ocorrência desse fenômeno em determinados locais do país. Esse achado é importante, na medida em que já foi demonstrado que a violência contra a mulher apresenta-se de forma heterogênea nas regiões onde já foi estudada, além de acarretar inúmeros agravos, incluindo mortes por homicídios.

O estado do Espírito Santo, em 2010, apresentou uma taxa de 9,6 homicídios em cada 100 mil mulheres, mais que o dobro da média nacional (4,6/100.000) e quase quatro vezes mais que a taxa do Piauí (2,5/100.000), o estado que apresenta o menor índice do país. Além disso, o estudo que incluiu as capitais brasileiras mostrou que Vitória se destaca em primeira posição, com uma taxa de 13,2 homicídios para cada 100.000 mulheres, sendo a taxa para todas as capitais de 5,4/100.000⁴⁸.

Somado a isso, a existência de poucos estudos, não consensuais, que discutem a relação da VPI e a prevenção de câncer de colo de útero. Esta pesquisa possibilitará a ampliação do conhecimento e a visibilidade desses fenômenos, como um passo importante no rompimento desse ciclo que, em muitos casos, ainda é visualizado como algo natural na sociedade.

Enfim, falar da violência contra a mulher e o impacto que esse fenômeno traz para a saúde desse grupo vitimizado é de grande relevância, não apenas pela complexidade e pela escassez de estudos disponíveis, mas pelo fato da violência contra a mulher provocar consequências na qualidade de vida e exigir atenção e cuidado dos serviços de saúde¹⁰⁴. Dessa maneira, este estudo propõe-se a preencher uma importante lacuna, produzindo conhecimentos sobre a ocorrência da violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo e a saúde de suas vítimas, possibilitando a construção de propostas de prevenção e promoção da saúde da mulher.

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

- Estudar a violência perpetrada pelo parceiro íntimo, entre mulheres cadastradas em unidades de saúde com ESF e/ou PACS do município de Vitória, Espírito Santo, e suas implicações na realização e frequência do exame de prevenção do câncer de colo do útero.

5.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a ocorrência e a distribuição dos tipos de VPI entre mulheres cadastradas em unidades de saúde do município de Vitória, Espírito Santo.
- Verificar a ocorrência e distribuição da VPI segundo as características demográficas, econômicas e comportamentais da mulher e do parceiro, bem como as características obstétricas e ginecológicas.
- Examinar a associação entre a VPI e a realização e a frequência do exame de Papanicolaou.

6 HIPÓTESES

- A prevalência da violência por parceiro íntimo contra as mulheres cadastradas nas unidades de saúde do município de Vitória, Espírito Santo, ao longo da vida ou nos últimos 12 meses, é superior a 50% e 30% respectivamente.
- A violência psicológica constitui o tipo mais comum entre as mulheres, seguida da violência física e sexual.
- A VPI é mais frequente em mulheres jovens (20 a 29 anos), negras, evangélicas e que não possuem união formal.
- A VPI é mais frequente nas mulheres com piores condições socioeconômicas e de saúde.
- A VPI é mais frequente em mulheres cujos parceiros têm baixo nível socioeconômico e fazem uso de álcool e outras drogas.
- Mulheres que não vivenciaram a VPI têm maior prevalência de realização do exame citopatológico do que as mulheres que já vivenciaram algum tipo de violência (física, sexual e/ou emocional), ao longo da vida ou nos últimos 12 meses.

7 METODOLOGIA

7.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal, analítico, a ser realizado nos bairros do município de Vitória, Espírito Santo, que possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Atualmente, no município de Vitória, há 21 unidades com ESF e três com PACS (ANEXO 1).

7.2 POPULAÇÃO ALVO

A população em estudo será composta de mulheres com idade entre 20 e 59 anos, cadastradas na ESF e/ou PACS. A opção por esse grupo etário justifica-se pelo fato da violência contra a mulher, atingir preferencialmente as mulheres adultas jovens. Estudo realizado em Guarapuava registrou que 82,8% de todos os casos de violência concentraram-se na faixa de 20 a 59 anos, as mulheres com mais de 60 anos corresponderam a 2,7%. Já as o grupo até 19 anos representaram 14,5% do total¹⁰⁵. Pesquisa realizada em um município do estado de São Paulo mostra que as mulheres jovens adultas de 20 a 44 anos foram as mais violentadas e representaram 82,2% da amostra estudada¹⁰⁶. Esses dados reafirmam que as mulheres adultas jovens são vítimas preferenciais da violência.

7.2.1 Critério de inclusão

Possuir ou terem tido um parceiro íntimo nos últimos 12 meses. A escolha pelo parceiro no último ano permitirá identificar a prevalência atual da violência contra a mulher. Neste estudo, define-se como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorados atuais desde que mantendo relações sexuais⁴.

7.2.2 Critério de exclusão

Serão excluídas mulheres que não tenham capacidade de compreensão ou comunicação devido a déficit intelectual ou sensorial.

7.2.3 Cálculo do tamanho da amostra

Por meio do programa OpenEpi, Versão 3, o tamanho da amostra foi calculado, tanto para estimar a prevalência de VPI, como para estudar a associação com a realização de preventivo de câncer de colo uterino.

Considerando que o município de Vitória encontra-se em primeira posição em óbitos femininos por homicídio⁴⁸, a amostra foi estimada para o estudo de prevalência a partir de valores das maiores prevalências identificadas na literatura. Com nível de confiança de 95% e erro aceitável de 5 pontos percentuais, o Quadro 1 apresenta o tamanho da amostra necessário a partir das diferentes prevalências de VPI ao longo da vida e nos últimos 12 meses, identificadas na revisão da literatura.

Quadro 1 – Cálculo da amostra de mulheres a serem entrevistadas, segundo prevalência estimada quanto a VPI ao longo da vida e nos últimos 12 meses, e tipo de VPI

Prevalência	Amostra necessária	Acréscimo de 10% para perdas
VPI ao longo da vida - 56%	377	415
VPI nos últimos 12 meses - 32%	333	366
Violência física ao longo da vida - 58%	373	411
Violência física nos últimos 12 meses - 32%	333	366
Violência psicológica ao longo da vida - 80%	246	271
Violência psicológica nos últimos 12 meses - 78%	263	290
Violência sexual ao longo da vida - 28%	309	340
Violência sexual nos últimos 12 meses - 15%	196	216

Fonte: a autora.

A fim de detectar as diferenças mínimas para a realização de exame citopatológico entre vítimas e não vítimas da VPI e a partir de informações identificadas na revisão da literatura para cada uma das variáveis de interesse, foi calculada a amostra com o objetivo de “verificar a relação entre a VPI e a realização do exame Papanicolaou”. Assim, considerando como desfecho a realização do Papanicolaou e como exposição às mulheres não vítimas da VPI (Quadro 2), nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão exposto/não exposto de 0,44/0,56, risco relativo e prevalências de realização do Papanicolaou em exposto e não exposto obtidos em estudos identificados na revisão da literatura, a amostra para estudo de associação foi calculada. No Quadro 2 observa-se que a amostra necessária para

estudar a associação entre VPI e a realização do exame Papanicolaou é de 998 mulheres, considerando o maior tamanho de amostra estimado a partir das informações obtidas na revisão da literatura.

Quadro 2 – Cálculo da amostra de mulheres a serem entrevistadas para estudar a associação entre VPI e realização do exame Papanicolaou

Prev. Expostos (não vítimas) que real. Papanicolaou	Prev. Não Expostos (vítimas) que real. Papanicolaou	Risco relativo	n	Acréscimo de 10% para perdas	Acréscimo de 30% para análise ajustada
0,90	0,78	1,15	323	355	462
0,90	0,47	1,91	46	50,6	66
0,80	0,47	1,70	81	89	116
0,75	0,65	1,15	698	768	998

Fonte: a autora.

Essas mulheres serão selecionadas em 24 unidades de saúde do município de Vitória através de amostragem proporcional ao tamanho das unidades de saúde, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição proporcional da amostra de mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde da ESF/PACS, do município de Vitória, Espírito Santo, Janeiro 2013

Região	Unidade de Saúde	Total de mulheres na faixa etária de 20-59 anos	Amostra
I. Continental	Bairro República	3.858	50
	Jardim da Penha	12.189	159
II. Maruípe	Consolação	4.137	54
	Bairro da Penha	2.017	26
	Santa Marta	3.385	44
	Bomfim "Thomas Thomazi"	1.908	25
	Andorinhas	1.781	23
	Maruípe	3.144	41
III. Centro	Fonte grande	914	12
	Ilha do Príncipe	858	11
	Santa Tereza	1.303	17
	Morro do quadro	1.106	15
	US Vitória	4.148	54
IV. Santo Antônio	Grande Vitoria	3.805	50
	Alagoano	2.232	29
	Santo Antônio	4.580	60
V. São Pedro	Resistência	2.265	30
	Ilha das Caieiras	2.570	34
	Santo André	3.239	42
	Conquista/Nova Palestina	3.449	45
VI. Forte São João	Forte São João	2.469	32
	Jesus de Nazaré	1.132	15
	Praia do sua	3.211	42
	Santa Luiza	6.772	88
População Total		76.472	998

Fonte: a autora.

7.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa será constituído de 3 blocos. O primeiro bloco inclui questões relacionadas à participante no que tange aos aspectos demográficos, ginecológicos, obstétricos e comportamentais; e o instrumento da Associação

Brasileira de Ensino e Pesquisa (ABEP)¹⁰⁷, para descrever a classe econômica. No segundo bloco haverá perguntas para delinear as características demográficas e comportamentais do parceiro íntimo atual/mais recente, e no terceiro há questões para a identificação da VPI nos últimos 12 meses e ao longo da vida. Será aplicado o instrumento intitulado World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW STUDY)¹⁰⁸, que tem por objetivo discriminar diferentes formas de violência contra mulheres em seus domínios psicológico, físico e sexual. Esse instrumento foi validado para o português e apresenta elevada consistência interna, encontrada pelos coeficientes de Cronbach¹⁰⁸.

O instrumento possui 13 questões relacionadas às violências com capacidade de discriminar as diferentes formas, em contextos sociais diversos. O instrumento é abrangente e relativamente curto, podendo ser utilizado tanto em investigações populacionais como em serviços de saúde ou outros, cujo interesse é obter informações sobre violência de gênero. Cada questão positiva (resposta afirmativa) representa um ponto na contagem do escore. Quanto maior o escore, maior a diversidade de atos de violência contra a mulher. A violência sexual é considerada grave quando resposta positiva em qualquer dos itens do instrumento na dimensão desse tipo de violência. A violência psicológica exclusiva é quando há resposta positiva para qualquer dos itens desse tipo de violência e resposta negativa para todos os itens de violência física e sexual. A violência física pode ser moderada ou grave. A violência física moderada é quando há resposta positiva nos dois primeiros itens desse domínio e negativa para os demais; e é grave quando há resposta positiva para os quatro últimos itens do domínio violência física¹⁰⁸ (ANEXO 2).

7.4 PRINCIPAIS VARIÁVEIS A SEREM COLETADAS

7.4.1 Variáveis dependentes

Considerando que no presente trabalho serão abordados dois desfechos, sendo cada um deles para cada um dos dois artigos originais deste projeto, a descrição das variáveis dependentes, a ocorrência e tipos de violência contra a

mulher, e a realização e a frequência do exame citopatológico entre mulheres não vítimas de violência é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 - Descrição das variáveis dependentes

Artigo original 1		
VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	TIPO
Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma	Violência psicológica	Categórica (Sim/Não)
Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas	Violência psicológica	Categórica (Sim/Não)
Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	Violência psicológica	Categórica (Sim/Não)
Ameaçou machucá-la ou alguém que você gosta	Violência psicológica	Categórica (Sim/Não)
Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Machucou-a com um soco ou com algum objeto	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Estrangulou ou queimou você de propósito	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria	Violência sexual	Categórica (Sim/Não)
Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer	Violência sexual	Categórica (Sim/Não)
Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante	Violência sexual	Categórica (Sim/Não)
Artigo original 2		
Realização de preventivo na vida	Se já realizou o exame preventivo alguma vez.	Categórica (Sim/Não)
Último preventivo	Quando realizou o último exame preventivo	Categórica (Sim/Não)
Frequência do Exame preventivo	Frequência com que realiza o exame citopatológico.	Discreta (anos)

Fonte: a autora.

7.4.2 Variáveis independentes

Da mesma forma que para as variáveis dependentes, as variáveis independentes são descritas no Quadro 4.

Quadro 4 - Descrição das variáveis independentes

Artigo original 1		
Características Demográficas e econômicas da Mulher		
VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	TIPO
Idade	Idade da participante	Discreta (anos)
Raça/cor	Raça/cor da participante	Nominal
Frequentou a escola	Se a participante estudou em colégio	Categórica (Sim/Não)
Escolaridade	Escolaridade da participante	Ordinal
Situação conjugal	Situação conjugal da participante	Nominal
Tempo situação conjugal	Tempo da atual/mais recente situação conjugal	Discreta (dias/semanas/meses)
Pessoas domicílio	Número de pessoas que vivem no mesmo domicílio	Discreta
Casa própria	Mora em casa própria	Categórica (Sim/Não)
Cômodos na residência	Número de cômodos	Discreta
Densidade familiar	Relação entre pessoas e cômodos no domicílio	Discreta
Possui religião	Participante possui religião	Categórica (Sim/Não)
Religião	Religião da participante	Nominal
Características Ginecológicas, Obstétricas e comportamentais		
Gestação	Número de gestações da participante	Discreta
Abortamento	Participante com história de abortamento	Categórica (Sim/Não)
Número de abortamento	Quantos episódios de abortamento	Discreta
Abortamento provocado	Fez algo para provocar o abortamento	Categórica (Sim/Não)
Filhos	Tem filhos	Categórica (Sim/Não)
Número de Filhos	Quantos filhos	Discreta
Menarca	Idade da primeira menstruação	Discreta (anos)
Menstruação	Atualmente menstrua	Categórica (Sim/Não)
Método para evitar gravidez	Uso atual de método para evitar gravidez	Categórica (Sim/Não)
Qual o método	Método para evitar gravidez	Nominal
Coitarca	Idade da primeira relação sexual	Discreta (anos)
Coitarca forçada	Primeira relação sexual foi forçada	Categórica (Sim/Não)
Uso de preservativo na primeira relação sexual	Fez uso de preservativo na primeira relação sexual	Categórica (Sim/Não)
Preservativo na última relação sexual	Uso de preservativo na última relação sexual	Categórica (Sim/Não)
Características Ginecológicas, Obstétricas e comportamentais		
Recusa ao uso de preservativo	Último Parceiro alguma vez se recusou ao uso de preservativo durante as relações sexuais	Categórica (Sim/Não)
Solicitação de não uso de método para evitar gravidez	Último parceiro alguma vez pediu para não usar algum método para evitar gravidez	Categórica (Sim/Não)
Parceiro sexual	Número de parceiros sexuais nos últimos cinco anos	Discreta
Exame clínico das mamas	Profissional de saúde examina as mamas durante as consultas de coleta de preventivo do câncer de colo de útero	Categórica (Sempre/ÀS vezes/Nunca)

Quadro 4 – Continuação

Doença sexualmente transmissível (DST)	História de DST	Categórica (Sim/Não)
Número de vezes que teve DST	Número de episódios	Discreta
Tratamento DST	Participante fez tratamento para DST	Categórica (Sim/Não)
Parceiro tratou	Parceiro também fez tratamento para DST	Categórica (Sim/Não)
Dificuldade no Tratamento DST	Parceiro disse para não fazer o tratamento de DST	Categórica (Sim/Não)
Teste para o HIV	Participante já fez teste para HVI alguma vez na vida	Categórica (Sim/Não)
Dispaurenia	Participante tem queixa de dor nas relações sexuais	Categórica (Sempre/Às vezes/Nunca)
Mamografia	Já fez mamografia alguma vez na vida	Categórica (Sim/Não)
Idade na primeira Mamografia	Idade na primeira vez que fez o exame de mamografia	Discreta (ano)
Idade na última mamografia	Idade na última vez que fez o último exame de mamografia	Discreta (ano)
Número de mamografias	Quantas mamografias realizou	Discreta
Frequência da mamografia	Frequência com que realiza a mamografia	Discreta (mês ano)
Autoexame (AEM)	Já fez o AEM das mamas alguma vez	Categórica (Sim/Não)
AEM atual	Atualmente faz o AEM	Categórica (Sim Não)
Frequência do AEM	Frequência com que realiza o AEM	Discreta (mês)
Características Ginecológicas, Obstétricas e comportamentais		
Hipertensão	História de Hipertensão	Categórica (Sim/Não)
Diagnóstico de Hipertensão	Foi o médico que lhe disse que tem hipertensão	Categórica (Sim/Não)
Diabetes	História de diabetes	Categórica (Sim/Não)
Diagnóstico de Diabetes	Foi o médico que lhe disse que tem diabetes	Categórica (Sim/Não)
Uso de calmantes	História de uso de calmantes	Categórica (Sim/Não)
Uso atual calmantes	Faz uso atual de calmantes	Categórica (Sim/Não)
Uso diário de calmantes	Faz uso diariamente de calmantes	Categórica (Sim/Não)
Frequência do uso de calmantes	Com que frequência faz uso de calmantes	Discreta
Percepção da saúde	Como considera sua saúde	Nominal
Consumo de álcool	Já ingeriu bebida alcoólica alguma vez na vida	Categórica (Sim/Não)

Quadro 4 – Continuação

Consumo atual de álcool	Consumo atual de bebida alcoólica	Nominal
Doses de álcool	Dose que geralmente ingere quando bebe	Discreta
Fumo	Participante fuma	Categórica (Sim/Não/Ex-fumante)
Tempo que parou	Tempo que parou de fumar	Discreta
Número de cigarros	Número de cigarros que a participante fuma	Discreta
Fumo do primeiro cigarro	Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro	Nominal
Uso de droga (s) alguma vez	Participante já fez uso de droga (s) alguma vez	Categórica (Sim/Não)
Droga (s) que já usou	Tipo de droga (s) que já usou	Nominal
Uso atual de drogas	Participante faz uso de drogas	Categórica (Sim/Não)
Droga (s) que faz uso atualmente	Droga (s) que usa atualmente	Discreta
Frequência do uso de droga (s)	Com que frequência a participante usa droga (s)	Discreta
Renda Familiar		
Trabalho remunerado	Participante possui trabalho remunerado	Categórica (Sim/Não)
Pessoas que trabalham na família	Tem pessoas que trabalham e possuem renda	Categórica (Sim/Não)
Número de pessoas que trabalham na família	Quantas pessoas que trabalham e possuem renda	Discreta
Renda por pessoas	Valor da renda por pessoa da família	Discreta
Outras fontes de renda	Família possui outras fontes de renda	Categórica (Sim/Não)
Valor da renda extra	Valor da renda extra da família	Discreta
Origem da renda	Qual a origem da renda extra	Nominal
Televisão em cores	Número de televisão em cores	Discreta
Rádio	Número de rádios	Discreta
Banheiro	Número de banheiros	Discreta
Automóvel	Número de automóveis	Discreta
Máquina de lavar	Número de máquinas de lavar	Discreta
Videocassete/DVD	Número de videocassetes/DVD	Discreta
Geladeira	Número de televisão em cores	Discreta

Quadro 4 – Continuação

Freezer	Número de freezer	Discreta
Empregada (o)	Número de empregada (o) mensalista	Discreta
Responsável pela casa	Qual a pessoa responsável pela casa	Nominal
Série que completou na escola	Até série a pessoa responsável pela casa completou na escola?	Ordinal
Características comportamentais do parceiro íntimo atual		
Relação sexual atual	Participante possui relação sexual atual	Categórica (Sim/Não)
Última relação sexual	Tempo da última relação sexual	Discreta (dias/semanas/meses)
Parceiro íntimo atual	Participante possui parceiro íntimo atual	Categórica (Sim/Não)
Tempo sem parceiro	Quanto tempo não possui parceiro íntimo	Discreta (anos)
Idade	Idade do parceiro atual ou dos últimos 12 meses	Discreta (anos)
Raça/cor	Raça/cor do parceiro atual ou dos últimos 12 meses	Nominal
Escolaridade	Escolaridade do parceiro atual ou dos últimos 12 meses	Ordinal
Trabalho remunerado	Parceiro atual ou dos últimos 12 meses possui (ia) trabalho remunerado	Categórica (Sim/Não)
Uso de drogas	Parceiro atual ou dos últimos 12 meses faz uso de drogas	Categórica (Sim/Não/ Não sabe)
Tipo de droga	Qual (is) tipo (s) de droga que faz uso	Nominal
Uso de álcool	Uso de álcool pelo parceiro atual ou dos últimos 12 meses	Categórica (Sim/Não)
Consumo de álcool	Consumo de álcool pelo parceiro atual ou dos últimos 12 meses	Nominal
Fumo	Parceiro atual fuma ou dos últimos 12 meses	Categórica (Sim/Não/Ex-fumante)
Experiência de vida e relacionamentos		
Parceiro ciumento	Parceiro atual ou dos últimos 12 meses é ciumento	Categórica (Sim/Não)
Parceiro controlador	Parceiro atual ou dos últimos 12 meses é controlador	Categórica (Sim/Não)
Dependência	Já se sentiu dependente/submissa do parceiro atual ou dos últimos 12 meses	Categórica (Sim/Não)
Medo	Já sentiu medo do parceiro atual ou dos últimos 12 meses	Categórica (Sim/Não)

Quadro 4 – Continuação

Parceiro não quis usar preservativo	Parceiro atual ou dos últimos 12 meses já não quis usar o preservativo	Categórica (Sim/Não)
Parceiro pediu para não usar método contraceptivo	Parceiro atual ou dos últimos 12 meses pediu para não usar método contraceptivo	Categórica (Sim/Não)
Sexo do último parceiro	Qual o sexo do último parceiro	Nominal
História materna de violência	Sua mãe já apanhou de algum parceiro	Categórica (Sim/Não)
História de apanhar na infância	A participante apanhava na infância	Categórica (Sim/Não)
História de violência sexual na infância	A participante tem história de violência sexual na infância	Categórica (Sim/Não)
Percepção de violência	Na sua percepção já foi vítima de violência por algum parceiro íntimo	Categórica (Sim/Não)
Falou para alguém sobre a violência	A participante disse a alguém que sofria violência	Categórica (Sim/Não)
Falou para quem	A participante falou para quem que sofria violência	Nominal
Filhos presentes	Filhos presentes durante a agressão	Categórica (Sim/Não/Não tinha (em) filhos)
Artigo original 2		
VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	TIPO
Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma	Violência psicológica	Categórica (Sim/Não)
Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas	Violência psicológica	Categórica (Sim/Não)
Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	Violência psicológica	Categórica (Sim/Não)
Ameaçou machuca-la ou alguém que você gosta	Violência psicológica	Categórica (Sim/Não)
Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machuca-la	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Machucou-a com um soco ou com algum objeto	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Estrangulou ou queimou você de propósito	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você	Violência física	Categórica (Sim/Não)
Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria	Violência sexual	Categórica (Sim/Não)

Quadro 4 – Continuação

Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer	Violência sexual	Categórica (Sim/Não)
Forçou-a uma prática sexual degradante ou humilhante	Violência sexual	Categórica (Sim/Não)

7.5 SELEÇÃO E TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

O treinamento envolverá orientações gerais, leitura do questionário e do manual de campo, discussão detalhada de cada pergunta e dos conteúdos relacionados aos aspectos gerais e específicos da pesquisa. Serão treinadas três supervisoras de campo com nível superior completo e experiência com pesquisa de campo e disponibilidade semanal de 40 horas. Para a coleta de dados participarão 18 alunos de graduação, do sexo feminino, com disponibilidade de 20 horas por semana. Tanto as supervisoras, como as pesquisadoras de campo, serão treinadas quanto ao protocolo de pesquisa. Somente após essa etapa, será realizado estudo piloto e, posteriormente, o trabalho de campo. Vale destacar que também participarão do treinamento os quatro digitadores dos dados a serem coletados.

7.6 LOGÍSTICA

O trabalho de campo acontecerá após análise dos dados obtidos no estudo piloto, com entrevistas na unidade de saúde ou domiciliares. Antes de serem entrevistadas, as mulheres receberão informações gerais sobre a pesquisa e será solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após essa etapa, será iniciada a entrevista em local reservado, com a presença apenas do entrevistador e da entrevistada.

O preenchimento adequado dos questionários será corrigido pelas supervisoras de campo de campo, com um controle de qualidade a ser realizado em

10% das entrevistas.

Vale destacar que as entrevistadoras serão identificadas por crachás e jaleco branco. Estas foram orientadas a manter uma média de quatro entrevistas por dia e a revisarem os questionários ao final de cada entrevista.

As supervisoras orientarão diretamente as entrevistadoras, a fim de controlar prazos das entrevistas, solução de dúvidas, recebimento e revisão dos questionários, e revisão do instrumento. Também é função das supervisoras orientar as entrevistadoras quanto ao correto preenchimento dos questionários, reforçando o uso do manual de instrução, verificando o seguimento rigoroso da metodologia da pesquisa e a reposição do material necessário ao bom andamento do trabalho.

7.7 ESTUDO PILOTO

Antes da etapa de coleta de dados, será realizado um estudo piloto, com mulheres que utilizarem as unidades de saúde e não farão parte da amostra selecionada para o presente estudo. As entrevistas serão acompanhadas pela supervisora, que observará a habilidade, a correta aplicação do questionário e abordagem à mulher realizada pela entrevistadora.

7.8 COLETA DOS DADOS

As mulheres sorteadas para participarem da pesquisa serão contatadas e orientadas quanto ao objetivo do estudo. Após a aquiescência, será agendado um horário para a entrevista, que deverá prioritariamente acontecer na unidade de saúde, conforme concordância da participante, mas se não for possível ocorrerá no domicílio da participante. Vale destacar que a entrevista só acontecerá após a assinatura do TCLE (ANEXO 3), e em salas reservadas. Quando em domicílio, acontecerá somente na presença de duas entrevistadoras e somente será permitida no local a presença de crianças menores de dois anos de idade. A coleta de dados será realizada por entrevistadoras devidamente treinadas, conforme protocolo de

pesquisa, orientadas por três supervisoras. Todo esse processo e o treinamento do protocolo de pesquisa serão feitos pelas pesquisadoras principais.

8 CONTROLE DE QUALIDADE

Será realizado o controle de qualidade em cerca de 10% das entrevistas através de um segundo momento via telefone ou, na inexistência do contato telefônico, por meio de visita domiciliar, para verificar o preenchimento do questionário, testando a identificação de possíveis erros na coleta de dados. Também será avaliado o grau de satisfação das entrevistadas com o trabalho realizado pelas entrevistadoras. O principal objetivo do controle de qualidade será, além da repetibilidade das questões, assegurar que as entrevistas estão sendo completas e adequadamente realizadas.

9 PROCESSAMENTO DE DADOS

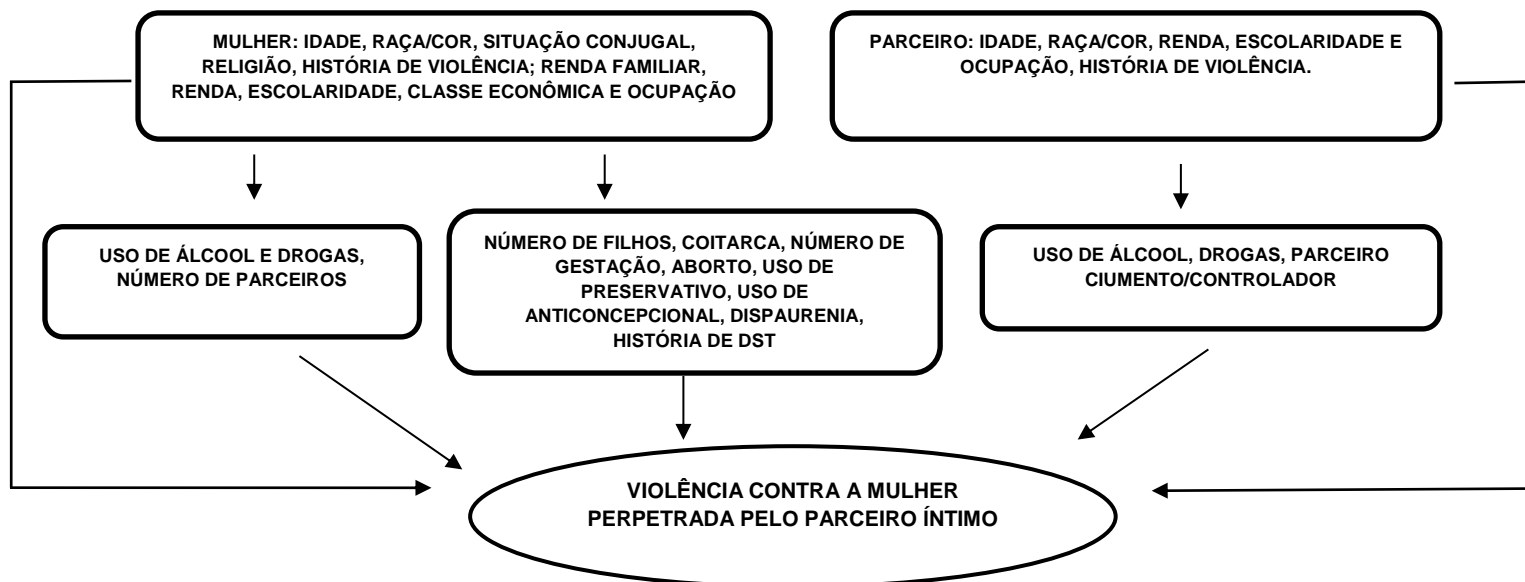
Os dados serão digitados no banco de dados construído no programa EpiData, por quatro digitadores devidamente treinados. As informações serão checadas para fins de validação antes da análise estatística. Em caso de inconsistências entre as digitações, se retornará ao questionário original e, em caso de persistência da dúvida, a supervisora de campo será chamada e voltará ao campo para obtenção do dado, se necessário. Ao fim da etapa de digitação os dados serão analisados no programa estatístico Stata 13.0.

10 ANÁLISE DOS DADOS

A distribuição de frequências para variáveis dicotômicas e a apresentação de médias para variáveis contínuas serão apresentadas. Também serão calculados os intervalos de confiança para médias e proporções. A análise bivariada para investigar as associações das variáveis independentes com os desfechos será realizada através do teste de qui-quadrado e/ou exato de Fisher, e as análises bruta e ajustada serão conduzidas através de regressão de Poisson, considerando que os desfechos são eventos comuns. Para a análise ajustada será utilizado no artigo original 1, um modelo de análise construído a partir do modelo conceitual onde as variáveis serão incluídas na análise de forma hierarquizada.

10.1. MODELO DE ANÁLISE DOS DADOS

Figura 4 - Modelo de análise – Violência Contra a Mulher perpetrada pelo parceiro íntimo



Fonte: a autora.

11 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, onde foi analisado e aprovado. Em seguida, por tratar-se de um estudo que envolve seres humanos, respeitando a Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sendo aprovado sob o número 21221513.4.0000.5060 (ANEXO 4). Vale referir que as entrevistadoras e as supervisoras serão instruídas a orientar as participantes do estudo quanto aos serviços de violência disponíveis no município, entregando-lhes um folheto explicativo acerca da rede de apoio às vítimas de violência, bem como um folder sobre a prevenção do câncer de colo de útero do Instituto Nacional do Câncer.

13 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Cabe destacar que a investigação a respeito da associação entre VPI e a prevenção do câncer de colo uterino não permitirá o estudo de uma relação causa-efeito, uma vez que exposição e desfecho estão sendo avaliados em um mesmo momento através de um delineamento transversal. No entanto, existe plausibilidade de que a VPI possa ter algum papel sobre a prevenção do câncer de colo uterino, enquanto o inverso é pouco provável. Outra possível limitação do presente estudo refere-se a faixa etária pesquisada que inclui mulheres adultas de 20 a 59 anos. Embora seja considerado um grupo mais atingido pela violência praticada pelo parceiro, existem algumas evidências de que as adolescentes também seriam vítimas desse tipo de violência^{4,109}. Entretanto, os resultados permitirão entender a magnitude da violência contra a mulher cadastrada nas unidades de saúde do município de Vitória, contribuindo com o serviço na construção de estratégias para o rompimento desse ciclo de violência.

14 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os artigos resultantes do presente projeto serão apresentados em eventos científicos da área da epidemiologia e enviados para publicação em revistas científicas, indexadas, nacionais ou internacionais. Além disso, será enviado resumo com os principais resultados para divulgação na imprensa local, com divulgação dos resultados para as mulheres e para o serviço do município.

15 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

Esta pesquisa possui financiamento aprovado no Edital FAPES/CNPq n.012/2012, pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo (FAPES), de acordo com o Processo n. 60530812.

	Nº	Discriminação	Quant.	Valor Unitário	Valor Total
CAPITAL	Equipamento Nacional		Sub total 1		R\$ 23.900,00
	1	Notebook	06	R\$ 2.500,00	R\$ 15.000,00
	2	HD Externo	03	R\$ 300,00	R\$ 900,00
	3	Impressora a laser	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00
	4	Projektor multimídia	04	R\$ 1.800,00	R\$ 7.200,00
	TOTAL DE CAPITAL				R\$ 23.900,00
CUSTEIO	Consumo		Sub total 2		R\$ 5.260,00
	5	Material de Consumo		R\$ 2.760,00	R\$ 2.760,00
	6	Material bibliográfico	25	R\$ 100,00	R\$ 2.500,00
	Diárias		Sub total 3		R\$ 5.040,00
	7	Diárias		R\$ 5.040,00	R\$ 5.040,00
	Serviço de Terceiro pessoa Jurídica		Sub total 4		R\$ 10.600,00
	8	Passagens		R\$ 10.600,00	R\$ 10.600,00
	TOTAL DE CUSTEIO = (sub total 2 + 3 + 4)				R\$ 20.900,00
	9	Bolsas AT-NS	36	R\$ 1.200,00	R\$ 43.200,00
	10	Bolsas ICT	120	R\$ 400,00	R\$ 48.000,00
	TOTAL DE BOLSAS = (Sub total 5)				R\$ 91.200,00
	TOTAL DO PROJETO				R\$ 136.000,00

REFERÊNCIAS

1. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”. 2004. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>
2. Secretária Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Brasil). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011. Disponível em: <http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 31 dez. 2013.
3. Secretaria de Políticas para as Mulheres (Brasil). Balanço Semestral: Janeiro a Junho/2013. Disponível em: <http://mulheres.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2013/balanco-ligue-180-janeiro-a-junho-2013>
4. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermitr AB et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev. Saúde Pública. [Internet]. 2007 Out [acesso em 20 out. 2013]; 41(5):797-807. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en.
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Lancet. London: WHO; 2002.
6. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet. 2002;359(9313):1232–7.
7. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2006 Dez [acesso em 20 out. 2013]; 22(12):2567-2573. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200007&lng=en
8. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP; 2005.
9. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface - Comunic Saude Educ. 1999;3(5):11-27.
10. Puccia MIR. Intimate partner violence and sever maternal morbidity [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2012.
11. UNICEF. The United Nations Children's Fund – report. 2006. Disponível em: www.unicef.org/sowc06/pdfs/sowc06_fullreport.pdf
12. Taft A, Watson LF, Lee C. Violence against young Australian women and association with reproductive events: A cross-sectional analysis of a national population sample', Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2004;28(4):324–9.

13. Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A. Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2012;38:214-220.
14. Organização Mundial de Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. OMS; 2009.
15. Pinho AA, França-Júnior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003; 3:95-112.
16. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva: World Health Organization; 1996.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
18. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2012 Jun [acesso em 20 out. 2013]; 28(6):1111-1121. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600010&lng=en.
19. Ferraz MIR, Lacerda MR, Labronici LM, Maftum MA, Raimondo ML. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*. 2009; 14(4):755-59.
20. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2013 Jun [acesso em 14 out. 2013]; 29(6):1230-1240. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600019&lng=en.
21. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
22. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(6):350-6.
23. Meyer DE. Teoria e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev Bras Enferm*. 2005;57(1):13-8.
24. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educ Realidade*. 1990;16(2):5-22.
25. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2006 ago [acesso em 15 de out. 2013]; 40(4):604-610. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500008&lng=en.

26. Moura LB, Gandolfi L, Vasconcelos AM, Pratesi R. Intimate partner violence against women in an economically vulnerable urban area, Central-West Brazil. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):944-53.
27. Schraiber LB, D'Oliveira AF. Violência contra a mulher: pesquisa e intervenção. *Rev Promoc Saude*. 2002;3(6):80-3.
28. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Violence against women: analysis of cases treated at three services in the city of Uberlândia, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(11):2551-63.
29. Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do sul do Brasil. *Saude Soc*. 2004; 13(2):89-99.
30. Moura LB, Lefevre F, Moura V. Narratives of intimate partner violence practiced against women. *Cien Saude Colet*. 2012;17(4):1025-35.
31. Barsted LL. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: Berquó E, organizadora. *Sexo & vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Ed. Unicamp; 2003. p. 79-94.
32. Moraes, Aparecida Fonseca, & Ribeiro, Letícia. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a "responsabilização" dos "homens autores de violência". *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro). 2012 [acesso em 15 de out. 2013]; (11):37-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872012000500003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1984-64872012000500003.
33. Brasil. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União, Brasília* 08 Ago. 2006.
34. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Portella AP, Menicucci E. Gender-based violence in Public Health: challenges and achievements. *Cien Saude Colet*. 2009;14(4):1019-27.
35. Brasil. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União, Brasília*, 25 nov. 2003.
36. Brasil. Portaria nº 2.406/GM de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.
37. Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 26 de jan. 2011.
38. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Violência contra mulheres adultas no Brasil: análise das notificações do Sistema de Vigilância de Violências em 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

39. Mathias AKRA, Bedone AJ, Osis MJD, Fernandes AMS. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2013 Abr [acesso em 12 de out. 2013]; 35(4):185-191. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000400009&lng=en.
40. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública.* [Internet]. 2012 Abr [acesso em 12 de out. 2013]; 46(2):351-358. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=en.
41. Vieira Elisabeth Meloni, Perdoni Gleici da Silva Castro, Santos Manoel Antônio dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública.* [Internet]. 2011 Ago [acesso em 12 de out. 2013]; 45(4):730-737. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400013&lng=en.
42. Miranda Milma Pires de Melo, Paula Cristiane Silvestre de, Bordin Isabel Altenfelder. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2010 Abr [acesso em 10 de out. 2013]; 27(4): 300-308. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000400009&lng=en.
43. D'Oliveira AF, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermitz AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saude Publica.* 2009;43(2):299-311.
44. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev. Saúde Pública.* [Internet]. 2008 Jun [acesso em 10 de out. 2013]; 42(Supl 1):127-137. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800015&lng=en.
45. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev. Saúde Pública.* [Internet]. 2006 Abr [acesso em 10 de out. 2013]; 40(2):256-264. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200011&lng=en.
46. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JÁ et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2006 Fev [acesso em 7 de out. 2013]; 22(2):425-437. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200020&lng=en.
47. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO Multi-country Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368:1260-1269.

48. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR; 2012.
49. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
50. Toledo, Luciano Medeiros de (Org.). Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Organizado por Luciano Medeiros de Toledo e Paulo Chagastelles Sabroza. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ; 2013.
51. Almeida APF. A dor como pedido de socorro: investigação de história em mulheres com queixa de dor [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
52. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHC. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(3):417-426.
53. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
54. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011; 61:69-90.
55. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008: cancer incidence and mortality worldwide. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010.
56. Rafael RMR, Moura ATMS. Exposição aos fatores de risco do câncer de colo do útero na Estratégia de Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. saúde colet. [Internet]. 2012 [acesso em 10 de out. 2013]; 20(4): 499-505. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2012000400014&lng=en.
57. Pista A, de Oliveira CF, Lopes C, Cunha MJ; CLEOPATRE Portugal Study Groupa. Human papillomavirus type distribution in cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3 and cervical cancer in Portugal: a CLEOPATRE II Study. Int J Gynecol Cancer. 2013 Mar;23(3):500-6.
58. Gonzaga CMR, Freitas-Junior R, Barbaresco AA, Martins E, Bernardes BT, Resende APM. Cervical cancer mortality trends in Brazil: 1980-2009. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2013 Mar [acesso em 12 out. 2013]; 29(3):599-608. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700017&lng=en.
59. Solomon D, Breen N, McNeel T. Cervical cancer screening rates in the United States and the potential impact of Implementation of screening guidelines. CA Cancer J Clin. 2007; 57:105-11.
60. Caetano R, Vianna CMM, Thuler, LCS, Girianelli VR. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. Physis (Rio J.). 2006; 16:99-118.

61. Brischiliari SCR et al. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Out [acesso em 2013 Dez 18]; 28(10):1976-1984. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000015&lng=en.
62. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero/Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
63. Correa MS, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2012 Dez [acesso em 16 out 2013]; 28(12):2257-2266. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001400005&lng=en.
64. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO; 2002.
65. Gonçalves Carla Vitola, Sassi Raul Mendoza, Oliveira Netto Isabel, Castro Natália Bolbadiha de, Bortolomedi Ana Paula. Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2011 Set [acesso em 16 out 2013]; 33(9):258-263. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900007&lng=en.
66. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do câncer de colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso em 16 out 2013]; 25(Suppl 2):s301-s309. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400012&lng=en.
67. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(3):325-34.
68. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Gestão Estratégica. SEGES. Vitória em Focos: 2005-2012. Vitória: PMV; 2012.
69. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2005 Ago [acesso em 13 out. 2013]; 27(8):485-492. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000800009&lng=en.
70. Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Tenorio F, Britton RC, et al. Factores de riesgo de carcinoma invasor del cuello uterino en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1990; 109:6-26.

71. Eluf Neto J, Nascimento CM. Cervical cancer in Latin America. *Semin Oncol* 2001; 28:188-97.
72. Day NE. The epidemiological basis for evaluation of different screening policies. In: *Screening for Cancer of the Uterine Cervix* (M. Hakama, AB. Miller & NE. Day, eds.) Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1986, 149-160.
73. Mohammadi G, Amiraliakbari S, Ramezankhani A, Majd HA. Poor reproductive health among a group of socially damaged Middle Eastern women: a cross-sectional study. *Int J Womens Health*. 2011;3:399-403.
74. Loxton D, Powers J, Schofield M, Hussain R, Hosking S. Inadequate cervical cancer screening among mid-aged Australian women who have experienced partner violence. *Prev Med*. 2009 Feb;48(2):184-8.
75. Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J, Chen PH. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *J Am Board Fam Med*. 2010 May-Jun;23(3):343-53.
76. Coker AL, Bond SM, Pirisi LA. Life stressors are an important reason for women discontinuing follow-up care for cervical neoplasia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006 Feb;15(2):321-5.
77. Ramaswamy M, Kelly PJ, Koblitz A, Kimminau KS, Engelman KK. Understanding the role of violence in incarcerated women's cervical cancer screening and history. *Women Health*. 2011 Jul 22;51(5):423-41.
78. Modesitt C, Gambrell A, Cottrill H, Hays LR, Walker R, Shelton B, Jordan CE, Ferguson JE. Adverse impact of a history of violence for women with breast, cervical, endometrial or ovarian cancer. *Obstet Gynecol*. 2006 Jun;107(6):1330-6.
79. Silva MA, Falbo NGH, Figueiroa JN, Cabral Filho JE. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 Fev [acesso em 19 out. 2013]; 26(2):264-272. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200006&lng=en.
80. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(6):970-8.
81. Valdez-Santiago R, Híjar M, Rojas Martínez R, Avila Burgos L, Arenas MML. Prevalence and severity of intimate partner violence in women living in eight indigenous regions of Mexico. *Soc Sci Med*. 2013 Abr;82:51-7.
82. Vieira LJES et al. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(4):920-927.
83. Zaleski M, Pinsky I, Ronaldo Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):53-9.
84. Kouyoumdjian FG, Calzavara LM, Bondy SJ, O'Campo P, Serwadda D, Nalugoda F, Kagaayi J, Kigozi G, Wawer M, Gray R. Risk factors for intimate partner violence in women in the Rakai Community

- Cohort Study, Uganda, from 2000 to 2009. *BMC Public Health*. 2013 Jun; 10(13):566.
85. Al-Tawil NG. Association of violence against women with religion and culture in Erbil Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2012 Sep; (12):800.
 86. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Association between intimate partner violence against women and HIV infection. *Rev Saude Publica*. 2011;45(2):365-72.
 87. Senn TE, Carey MP. Intimate Partner Violence and Condom Use Among Women: Does the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model Explain Sexual Risk Behavior? *AIDS Behav*. 2012 May; 16(4):1011–1019.
 88. Lima M. Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids: repercussões para a saúde [Tese] São Paulo: Faculdade de medicina; 2012.
 89. Vale DBAP, Morais SS, Pimenta AL, Zeferino LC. Avaliação do rastreamento do câncer de colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2010 Fev [acesso em 6 out. 2013]; 26(2):383-390. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200017&lng=en.
 90. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2006 nov [acesso em 12 out. 2013]; 22(11):2329-2338. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100007&lng=en.
 91. Muller DK, Dias-da-Costa JS, Luz AMH, Olinto MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2008 nov [acesso em 12 out. 2013]; 24(11):2511-2520. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100006&lng=en.
 92. Cechinel KC, Silva FR, Silva BR, Rosa MI, Castro SMJ, Battisti IADE. Cobertura do teste de Papanicolaou em usuárias do SUS em Criciúma - Sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2009; 38(1).
 93. Thaís Marques Lima, et al. Análise da capacidade diagnóstica dos exames preventivos do câncer de colo uterino. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):673-8.
 94. Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2009 Abr [acesso em 12 out. 2013]; 43(2):318-325. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000200013&lng=en.
 95. Brown MJ, Weitzen S, Lapane KL. Association between intimate partner violence and preventive screening among women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013 Nov;22(11):947-52.
 96. Simões EJ, Newschaffer CJ, Hagdrup N, Ali-Abarghoui F, Tao X, Mack N, Brownson RC. Predictors of compliance with recommended cervical cancer

- screening schedule: a population-based study. *J Community Health*. 1999; 24: 115-30.
97. Mandelblatt J, Gold K, O'Malley AS, Taylor K, Cagney K, Hopkins JS, Kerner J. Breast and cervix cancer screening among multiethnic women: role of age, health, and source of care. *Prev Med*. 1999; 28: 418-25
 98. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 1.^a edição. Brasília: MS, 2007.
 99. Frank Stefanie, Coelho Elza Berger Salema, Boing Antonio Fernando. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2010 mai [acesso em 12 out. 2013]; 27(5):376-381. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000500008&lng=pt.
 100. Loxton, D, Schofield, M, Hussain, R. History of domestic violence and physical health in mid-life. *Violence Against Women*. 2006; 12:715–731.
 101. Kernic MA, Wolf ME, Holt, VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *Am J Public Health*. 2000 Sep;90(9):1416-20.
 102. Coker AL, Smith PH, Betha L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med*. 2000 May;9(5):451-7.
 103. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 Supl 2:263-72.
 104. Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Editorial. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20:646-7.
 105. Raimondo ML. Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em Guarapuava, Paraná: contribuições da enfermagem. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2010.
 106. Dossi AP et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad. Saúde Pública*, 2008 ago;24(8):1939-52.
 107. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2013 – www.abep.org – abep@abep.org. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico; 2013 IBOPE.
 108. Schraiber LB, Latorre MoR, França I, Segri NJ, D'Oliveira AF. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66.
 109. Taquette SR. Violência entre namorados na adolescência. *Adolesc Saude*. 2009;6(2):6-12.

ANEXOS

ANEXO 1 – Distribuição do número de mulheres nas Unidades de Saúde segundo faixa etária de 20 a 59 anos

Região	Unidade de Saúde	População de Mulheres de 20 – 59 anos
I. Continental	Bairro República	3.858
	Jardim da Penha	12.189
II. Maruípe	Consolação	4.137
	Bairro da Penha	2.017
	Santa Marta	3.385
	Bomfim "Thomas Thomazi"	1.908
	Andorinhas	1.781
	Maruípe	3.144
III. Centro	Fonte grande	914
	Ilha do Príncipe	858
	Santa Tereza	1.303
	Morro do quadro	1.106
	US Vitória	4.148
IV. Santo Antônio	Grande Vitoria	3.805
	Alagoano	2.232
	Santo Antônio	4.580
V. São Pedro	Resistência	2.265
	Ilha das Caieiras	2.570
	Santo André	3.239
	Conquista/Nova Palestina	3.449
VI. Forte São João	Forte São João	2.469
	Jesus de Nazaré	1.132
	Praia do sua	3.211
	Santa Luiza	6.772
População Total		76.472

Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória, 2013.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO

Número de identificação da participante: _____

Tentativas:

0 = sim, entrevistada

1 = sim, marcou para outro dia 1ª _____

2 = Não, recusa 2ª _____

3 = Não, ausente 3ª _____

4 = Outro _____ 4ª _____

Nome da entrevistadora: _____ Código: _____

Nome da Supervisora: _____ Código: _____

Data: _____ Horário de início e fim da entrevista: _____

Local da entrevista: (1) Unidade de Saúde (2) Domicílio (3) Outro local: _____

ESF e/ou PACS: _____

BLOCO 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DA PARTICIPANTE

1. Qual a idade da Sra.? _____ anos

2. A Sra. se considera de que raça/cor?

(1) branca (2) negra (3) amarela (4) parda (5) indígena

3. A Sra. estudou em colégio? (0) Não (1) Sim

4. Até que série a Sra. completou na escola? _____ Série _____ Grau

5. Atualmente, qual a situação conjugal da Sra.?

(1) casada (2) solteira (3) Namorando (4) viúva (5) separada (6) divorciada

(7) com companheiro (vive junto, mas não é casada)

6. Há quanto tempo a Sra. está <situação conjugal>?

(1) há ___ dia(s) (OU) (2) há ___ semana(s) (OU) (3) há ___ mês(es) (OU)

(4) há ___ ano(s)

7. Sem Contar com a Sra. quantas pessoas moram na sua casa? _____

8. A senhora mora em casa própria ou alugada?

(1) casa própria (2) casa alugada

9. Quantos cômodos tem essa casa? _____**10. A Sra. tem alguma religião? (0) não – PULE PARA A QUESTÃO 12 (1) sim****11. Qual a religião da Sra.?**

Católica (0) não (1) sim

Espírita (0) não (1) sim

Evangélica (0) não (1) sim

Protestante (0) não (1) sim

Outra: _____ (0) não (1) sim

**CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS, OBSTÉTRICAS, COMPORTAMENTAIS
E DE ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE****Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua saúde:****12. A Sra. já engravidou? (0) não (1) sim****13. Quantas gestações a Sra. teve? _____****14. A Sra. teve algum aborto? (0) não - PULE PARA A QUESTÃO 17 (1) sim****15. Quantos abortos a Sra. teve? _____****16. A Sra. fez alguma coisa que pudesse provocar o aborto?**

primeiro aborto (0) não (1) sim

segundo aborto (0) não (1) sim

terceiro aborto (0) não (1) sim

quarto aborto (0) não (1) sim

(FAZER A PERGUNTA PARA CADA UM DOS ABORTOS QUE SOFREU)**17. A Sra. tem filhos? (0) não - PULE PARA A QUESTÃO 19 (1) sim****18. Quantos filhos a Sra. tem? _____****19. Com quantos anos a Sra. teve sua primeira menstruação? _____ anos****20. Atualmente a Sra. menstrua?**

(0) não - PULE PARA A QUESTÃO 23

(1) sim

(2) está grávida - **PULE PARA A QUESTÃO 23**

21. Atualmente a Sra. faz uso de algum método para evitar a gravidez?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 23**

(1) sim - Ligadura da tuba uterina - **PULE PARA A QUESTÃO 23**

(2) sim – Outro método

22. Qual o método para evitar a gravidez a Sra. utiliza?

tabelinha (0) não (1) sim

coito interrompido (0) não (1) sim

camisinha (0) não (1) sim

diafragma (0) não (1) sim

DIU (0) não (1) sim

contraceptivo oral (0) não (1) sim

contraceptivo injetável (0) não (1) sim

pílula do dia seguinte (0) não (1) sim

outro método: _____(0) não (1) sim

23. Com quantos anos teve a Sra. sua primeira relação sexual? _____anos

24. A Sra. fez uso de preservativo (camisinha) na primeira relação sexual?

(0) não (1) sim

25. A primeira relação sexual foi forçada? (0) não (1) sim

26. Na última relação sexual, a Sra. usou preservativo (camisinha)?

(0) não (1) sim

27. Alguma vez algum parceiro íntimo não quis usar preservativo (camisinha) na relação sexual? (0) não - PULE PARA A QUESTÃO 28 (1) sim

28. Sem contar o uso de preservativo (camisinha), alguma vez algum parceiro íntimo pediu para a Sra. não usar método para evitar gravidez?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 29** (1) sim

29. Quantos parceiros sexuais a senhora teve no último ano? ____ parceiros

Continuando com mais algumas perguntas sobre sua saúde:

30. A Sra., alguma vez, já fez exame de preventivo do câncer de colo do útero?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 34** (1) sim

31. Em que ano a Sra. fez o último exame de preventivo do câncer de colo do útero? _____

32. Com que frequência a Sra. faz esse exame?

- (1) a cada seis meses (2) todos os anos (3) a cada dois anos
 (4) a cada três anos (5) quando vai consultar e o profissional de saúde pede
 (6) outro: _____

33. Durante as consultas de coleta de preventivo do câncer de colo do útero o profissional de saúde examina suas mamas? (0) nunca (1) sempre (2) às vezes

34. A Sra. já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível na vida, como por exemplo Gonorréia, Sífilis, HPV, ou outra Doença sexualmente transmissível (DST)? (0) não - PULE PARA A QUESTÃO 39 (1) sim.

35. Quantas vezes teve Doença Sexualmente Transmissível? _____

36. A Sra. fez tratamento para Doença Sexualmente Transmissível?

(0) não (1) sim

na primeira vez (0) não (1) sim

na segunda vez (0) não (1) sim

na terceira vez (0) não (1) sim

(FAZER A PERGUNTA PARA CADA DST QUE TEVE)

37. E o seu parceiro também fez o tratamento?

(0) não (1) sim (9) não sabe

na primeira vez (0) não (1) sim (9) não sabe

na segunda vez (0) não (1) sim (9) não sabe

na terceira vez (0) não (1) sim (9) não sabe

(FAZER A PERGUNTA PARA CADA DST)

38. Ele disse para a Sra. não fazer o tratamento?

(0) não (1) sim

na primeira vez (0) não (1) sim

na segunda vez (0) não (1) sim

na terceira vez (0) não (1) sim

(FAZER A PERGUNTA PARA CADA DST)

39. Alguma vez na vida a Sra. já fez teste para o HIV (teste de aids)?

(0) não (1) sim

40. A Sra. sente dor nas relações sexuais? (0) nunca (1) sempre (2) algumas vezes

41. Alguma vez na vida a Sra. já fez mamografia?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 46** (1) sim

42. Qual a sua idade na primeira vez que fez mamografia? ____ anos

43. Qual a sua idade na última vez que fez mamografia? ____ anos

44. Quantas mamografias a Sra. já fez? _____

45. Com que frequência a Sra. faz mamografia?

(1) a cada seis meses (2) todos os anos (3) a cada dois anos

(4) a cada três anos (5) quando vai consulta e o profissional de saúde pede

(6) outro: _____

46. A Sra. já fez alguma vez o autoexame das mamas?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 49** (1) sim

47. Atualmente a Sra. faz o autoexame das mamas?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 49** (1) sim

48. Com que frequência a Sra. faz autoexame das mamas?

(1) todos os meses (2) a cada dois meses (3) a cada três meses

(4) a cada seis meses (5) quando vai consulta e o profissional de saúde pede

(6) outro: _____

49. A Sra. tem pressão alta ou hipertensão?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 51** (1) sim

50. Foi o médico que disse que a Sra. tem pressão alta? (0) não (1) sim

51. A Sra. tem diabetes ou açúcar no sangue?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 53** (1) sim

52. Foi o médico que disse que a Sra. tem diabetes ou açúcar no sangue?

(0) não (1) sim

53. Alguma vez na vida, a Sra. já fez uso de remédios do tipo calmante?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 58** (1) sim

54. Atualmente a Sra. faz uso de calmantes?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 58** (1) sim

55. A Sra. toma esse remédio todos os dias?

(0) não (1) sim - **PULE PARA A QUESTÃO 58**

56. SE NÃO: Quantas vezes por semana toma esse remédio?

(0) menos de uma vez por semana – **PASSE PARA A QUESTÃO 57**

_____vezes por semana - **PULE PARA A QUESTÃO 58**

57. SE TOMA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes a Sra. tomou calmante no último mês? _____ vez(es)

58. A Sra. acha que a sua saúde é:

(1) excelente (2) boa (3) regular (4) fraca (5) muito fraca

59. Alguma vez na vida, a Sra. já experimentou bebida alcoólica?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 63** (1) sim

60. Atualmente a Sra. bebe algum tipo de bebida que contenha álcool, como cerveja, vinho, bebida destilada?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 63** (1) sim

61. Qual o consumo atual de bebida alcoólica?

(1) todos os dias (2) 1 a 4 vezes por semana (3) 1 a 3 vezes por mês
(4) menos de 1 vez no mês (5) menos de uma vez no ano

62. Nos dias em que a Sra. ingere bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebidas “ice” ou destilados, quantas doses geralmente bebe?_____doses

Uma dose corresponde, na média, a uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”.

63. A Sra. fuma?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 67**

(1) sim – **PULE PARA A QUESTÃO 65**

(2) ex-fumante – **PULE PARA A QUESTÃO 64**

64. Há quanto tempo parou de fumar? ____ ano(s) OU ____ mês(es) OU ____ semana(s) OU ____ dia(s) (APÓS RESPONDER A QUESTÃO 64 PULE PARA A QUESTÃO 67)

65. Quantos cigarros/dia? ____ cigarros (00) menos de 1 cigarro/dia

66. Quanto tempo depois de acordar a Sra. fuma o primeiro cigarro?

(1) logo em seguida que acorda
(2) depois de tomar café
(3) pelo menos, duas horas depois de acordar
(4) no final da manhã
(5) depois do almoço
(6) durante a tarde

(7) no final da tarde

(8) somente a noite

(9) outra resposta _____

67. Alguma vez na vida, a Sra. já fez uso de drogas?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 85** (1) sim

68- Se SIM. Qual (is)?

- drogas injetáveis (0) não (1) sim

- crack (0) não (1) sim

- maconha (0) não (1) sim

- cocaína (0) não (1) sim

- outras: _____ (0) não (1) sim

69. Atualmente a Sra. faz uso de drogas?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 85** (1) sim.

70. A Sra. faz uso de drogas injetáveis, como por exemplo heroína, cocaína?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 73** (1) sim

71. SE SIM, quantos dias por semana?

(0) menos de uma vez por semana – **PASSE PARA A QUESTÃO 72**

_____ dias por semana - **PULE PARA A QUESTÃO – 73**

72. SE USA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes usou **drogas injetáveis** no último mês? ___ vez(es)

73. A Sra. faz uso de crack? (0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 76** (1) sim

74. SE SIM, quantos dias por semana?

(0) menos de uma vez por semana – **PASSE PARA A QUESTÃO 75**

_____ dias por semana - **PULE PARA A QUESTÃO – 76**

75. SE USA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes usou crack no último mês? ___ vez(es)

76. A Sra. faz uso de maconha? (0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 79** (1) sim

77. SE SIM, quantos dias por semana?

(0) menos de uma vez por semana - **PASSE PARA A QUESTÃO 78**

_____ dias por semana - **PULE PARA A QUESTÃO – 79**

78. SE USA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes usou maconha no último mês? ___ vez(es)

79. A Sra. faz uso de cocaína em pó?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 82** (1) sim

80. SE SIM, quantos dias por semana?

(0) menos de uma vez por semana - **PASSE PARA A QUESTÃO 81**

_____ dias por semana - **PULE PARA A QUESTÃO – 82**

81. SE USA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes usou cocaína no último mês? ____ vez(es)

82. Outra (s) droga (s)? (0) não - **PULE PARA A QUESTÃO – 85** (1) sim

82.1. SE SIM, qual(is) droga(s)? _____

83. Quantos dias por semana?

(0) menos de uma vez por semana- **PASSE PARA A QUESTÃO 84**

_____ dias por semana- **PULE PARA A QUESTÃO – 85**

84. SE USA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes usou no último mês? ____ vez(es)

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda da família:

85. A Sra. tem trabalho remunerado? (0) não (1) sim

86. Outras pessoas na sua casa trabalharam e receberam salário no último mês? (0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 88** (1) sim

87. Quantas? ____ pessoas trabalha(m)

88. No mês passado, quanto receberam essa(s) pessoa(s) (INCLUINDO A ENTREVISTADA CASO POSSUA TRABALHO REMUNERADO)?

Pessoa 1 R\$ ____ por mês

Pessoa 2 R\$ ____ por mês

Pessoa 3 R\$ ____ por mês

Pessoa 4 R\$ ____ por mês

89. A família tem outra fonte de renda que não do trabalho remunerado?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 92** (1) sim

90. Qual o valor? R\$ ____ por mês (9) não respondeu

91. Qual a origem da renda? (1) aluguel (2) aposentadoria (3) Pensão (4) Auxílio do governo (5) outro _____

Agora vou fazer algumas perguntas a respeito do que a Sra. tem em casa. Na sua casa, a Sra. tem quantas?

92. Televisão em cores? 0 (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 ou + (4)

93. Quantos rádios? 0 (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 ou + (4)

94. Quantos banheiros? 0 (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 ou + (4)

95. Quantos automóvel? 0 (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 ou + (4)

96. Quantas máquinas de lavar? 0 (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 ou + (4)

97. Quantos videocassete e/ou DVD? 0 (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 ou + (4)

98. Quantas geladeiras? 0 (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 ou + (4)

99. Quantos Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)?

0 (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 ou + (4)

100. Na sua casa trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista?

(0) não – PULE PARA A QUESTÃO 102 (1) sim

101. SE SIM, quantas empregada ou empregado doméstico mensalista?

1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 ou + (4)

102. Quem é a pessoa responsável pela casa? (ATENÇÃO: caso a mulher seja a responsável pela casa, passar para a questão 104)

103. Até que série <a pessoa responsável pela casa> completou na escola?
 _____ Série _____ Grau – PASSE PARA A QUESTÃO 104

BLOCO 2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS DO PARCEIRO ÍNTIMO ATUAL

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu parceiro íntimo atual:

104. A Sra. tem relações sexuais? (0) não (1) sim

105. Quando foi a última vez que teve relações sexuais?

(1) há ___ dia(s) (OU) (2) há ___ semana(s) (OU) (3) há ___ mês(es) (OU)

(4) há ___ ano(s)

106. A Sra. possui parceiro íntimo?

(0) não – PULE PARA A QUESTÃO 107

(1) sim - parceiro do sexo masculino – PULE PARA A QUESTÃO 108

(2) sim - parceira do sexo feminino – PULE PARA A QUESTÃO 108

107. Há quanto tempo não possui parceiro íntimo?

(1) há um ano ou menos (2) há mais de um ano

(APÓS RESPONDER A QUESTÃO 107 PULE PARA A QUESTÃO 123)

108. Qual a idade dele? ____ anos

109. Qual a raça/cor deste parceiro?

(1) branca (2) negra (3) amarela (4) parda (5) indígena

110. Até que série ele estudou?

____Série _____ Grau (00) NUNCA ESTUDOU (9) não sabe

111. Ele trabalha? (0) não (1) sim

112. Esse parceiro faz uso de drogas?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 114** (1) sim (9) não sabe– **PULE PARA A QUESTÃO 114**

113. SE SIM: Qual?

crack (0) não (1) sim

cocaína (0) não (1) sim

heroína (0) não (1) sim

maconha (0) não (1) sim

outra: _____(0) não (1) sim

114. Seu parceiro íntimo bebe algum tipo de bebida que contenha álcool, como cerveja, vinho, bebida destilada?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 116** (1) sim

115. Qual o consumo atual de bebida alcoólica do seu parceiro?

(1) todos os dias

(2) 1 a 4 vezes por semana

(3) 1 a 3 vezes por mês

(4) menos de 1 vez no mês

(5) menos de uma vez no ano

116. Seu parceiro fuma? (0) não (1) sim (2) ex-fumante

117. Ele é ciumento? (0) não (1) sim

118. Ele é controlador? (0) não (1) sim

119. A Sra. já se sentiu dependente dele? (0) não (1) sim

120. A Sra. já sentiu medo dele? (0) não (1) sim

121. Alguma vez esse parceiro não quis usar preservativo (camisinha) na relação sexual? (0) não (1) sim

122. Sem contar o uso do preservativo (camisinha), alguma vez esse parceiro pediu para a Sra. não usar método para evitar a gravidez?

(0) não (1) sim

APÓS RESPONDER A QUESTÃO 122 PASSE PARA A QUESTÃO 139

PARA MULHERES QUE ATUALMENTE NÃO TEM PARCEIRO ÍNTIMO, AS QUESTÕES DEVEM SER RELACIONADAS AO ÚLTIMO PARCEIRO QUE TIVERAM

123. O seu último parceiro era do sexo masculino? (0) não (1) sim

124. Qual era a idade dele? ____ anos

125. Qual a raça/cor dele?

(1) branca (2) negra (3) amarela (4) parda (5) indígena

126. Até que série ele estudou?

____Série _____ Grau (00) NUNCA ESTUDOU (9) não sabe

127. Ele trabalhava enquanto estavam juntos? (0) não (1) sim

128. Esse parceiro fazia uso de drogas enquanto estavam juntos?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 130**

(1) sim

(9) não sabe– **PULE PARA A QUESTÃO 130**

129. SE SIM: Qual?

crack (0) não (1) sim

cocaína (0) não (1) sim

heroína (0) não (1) sim

maconha (0) não (1) sim

outra: _____(0) não (1) sim

130. Seu parceiro íntimo bebia algum tipo de bebida que continha álcool, como cerveja, vinho, bebida destilada?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 132** (1) sim

131. Qual era o consumo de bebida alcoólica deste parceiro?

(1) todos os dias

(2) 1 a 4 vezes por semana

(3) 1 a 3 vezes por mês

(4) menos de 1 vez no mês

(5) menos de uma vez no ano

132. Ele fumava? (0) não (1) sim (2) ex-fumante

133. Ele era ciumento? (0) não (1) sim

134. Ele era controlador? (0) não (1) sim

135. A Sra. já se sentiu dependente dele? (0) não (1) sim

136. A Sra. já sentiu medo dele? (0) não (1) sim

137. Alguma vez esse parceiro não quis usar preservativo (camisinha) na relação sexual? (0) não (1) sim

138. Sem contar o uso do preservativo (camisinha), alguma vez esse parceiro pediu para a Sra. não usar método para evitar a gravidez? (0) não (1) sim

BLOCO 3

VIOLÊNCIA PERPETRADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO

Neste último bloco, conversaremos um pouco sobre suas experiências de vida:

139. A sua mãe já apanhou de algum parceiro? (0) não (1) sim (9) não sabe

140. A Sra. apanhava quando era criança da sua mãe, pai ou algum outro responsável? (0) não (1) sim

141. A Sra. sofreu violência sexual quando criança? (0) não (1) sim

142. A Sra. já sofreu violência pelo parceiro alguma vez na vida?

(0) não - **PULE PARA A QUESTÃO 146** (1) sim

143. A Sra. disse para alguém que tinha sofrido violência?

(0) não – **PULE PARA A QUESTÃO 145** (1) sim

144. Para quem a Sra. disse?

mãe/pai (0) não (1) sim

filho(a) (0) não (1) sim

amiga(o) (0) não (1) sim

avó(ô) (0) não (1) sim

irmã(o) (0) não (1) sim

polícia (0) não (1) sim

outro:_____ (0) não (1) sim

145. Seus filhos estavam presentes em algum desses episódios de violência?

(0) não (1) sim (2) não tem/tinha filhos

Ao longo da sua vida, a Sra. já teve algum parceiro íntimo que:

Violência Psicológica	Sim	Não
146. Ofendeu a Sra. ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma	1	0
147. Humilhou a Sra. diante de outras pessoas	1	0
148. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	1	0
149. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem a Sra. gosta	1	0
Violência Física	Sim	Não
150. Deu-lhe um tapa ou jogou algo na Sra. você que poderia machucá-la	1	0
151. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	1	0
152. Machucou-a com um soco ou com algum objeto	1	0
153. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou a Sra.	1	0
154. Estrangulou ou queimou a Sra. de propósito	1	0
155. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra a	1	0

Sra.		
Violência sexual	Sim	Não
156. Forçou-a a manter relações sexuais quando a Sra. não queria.	1	0
157. A Sra. teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer se a Sra. não aceitasse ter relação.	1	0
158. Forçou-a a uma relação sexual humilhante	1	0

Nos últimos 12 meses a Sra. teve algum parceiro íntimo que:

Violência Psicológica	Sim	Não
159. Ofendeu a Sra. ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma	1	0
160. Humilhou a Sra. diante de outras pessoas	1	0
161. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	1	0
162. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem a Sra. gosta	1	0
Violência Física	Sim	Não
163. Deu-lhe um tapa ou jogou algo na Sra. você que poderia machucá-la	1	0
164. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	1	0
165. Machucou-a com um soco ou com algum objeto	1	0
166. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou a Sra.	1	0
167. Estrangulou ou queimou a Sra. de propósito	1	0
168. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra a Sra.	1	0
Violência sexual	Sim	Não
169. Forçou-a a manter relações sexuais quando a Sra. não queria.	1	0
170. A Sra. teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer se a Sra. não aceitasse ter relação	1	0
171. Forçou-a a uma relação sexual humilhante	1	0

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia/boa tarde, meu nome é _____. Participo da realização de uma pesquisa para saber mais sobre a saúde das mulheres e suas experiências de vida, pela Universidade Federal do Espírito Santo, com apoio da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Espírito Santo. Esta pesquisa faz parte do Doutorado, da pesquisadora Franciéle Marabotti Costa Leite aluna do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da professora Dra. Denise Petrucci Gigante e coorientação da Dra. Maria Helena Costa Amorim, cujo objetivo é analisar a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, em usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo. Sua participação é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Sua participação consiste em responder a algumas perguntas sobre seu perfil sociodemográfico, econômico, gineco-obstétrico, questões gerais de saúde, perfil do parceiro íntimo e experiência de vida. Seu nome completo não será registrado. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar o que pode levar a algum desconforto, mas muitas mulheres acharam útil ter tido a oportunidade de falar sobre eles. Caso sinta necessidade, a Sra. poderá contar com o apoio da pesquisadora e ser encaminhada ao serviço de psicologia e a rede de atendimento às vítimas de violência se assim o quiser. Lembramos que a Sra. só participa se quiser, mas as suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão da violência e para a produção de conhecimento científico, isso é de grande importância para o nosso Estado, uma vez que o Espírito Santo é o Estado com maior índice de violência contra a mulher. Este estudo contribuirá na obtenção de conhecimento sobre a ocorrência deste fenômeno, permitindo o planejamento de ações específicas que atendam à demanda desse grupo, reduzindo as desigualdades em saúde derivadas dos comportamentos violentos. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, fone (27) 9515-2805 ou pela entidade

responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, fone 3335.7211, e-mail: cep.ufes@hotmail.com. A Sra. receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado.

A entrevista dura mais ou menos X minutos.

Você concorda em ser entrevistada e participar deste estudo?

☐ CONCORDA EM SER ENTREVISTADA

☐ NÃO CONCORDA EM SER ENTREVISTADA

Atenciosamente,

Vitória, ____ de _____ de 2014.

Franciéle Marabotti Costa Leite - Pesquisadora - CPF: 084666937-42

Dra. Denise Petrucci Gigante – Orientadora - CPF: 336768600-04

Dra. Maria Helena Costa Amorim – Coorientadora - CPF: 812.751.107-20

Declaro que li o consentimento acima e a entrevistada está de acordo em participar.

Assinatura da entrevistada – _____

Assinatura da entrevistadora - _____

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, fone (27) 9515-2805 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, fone 3335.7211, e-mail: cep.ufes@hotmail.com

ANEXO 4

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PRATICADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO: ESTUDO EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO.

Pesquisador: Franciele Marabotti Costa Leite

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21221513.4.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESPIRITO SANTO - FAPES

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 470.744

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo transversal analítico. A ser realizado nas unidades de saúde de atenção primária do município de Vitória, capital do Espírito Santo. A população em estudo será composta de mulheres com idade entre 20 e 59 anos, não gestantes, que possuem ou possuíram parceiro íntimo nos últimos 12 meses, cadastradas nas unidade de saúde do seu bairro. Neste estudo define-se como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorados atuais desde que mantendo relações sexuais(3). Serão excluídas mulheres que não apresentarem condições psíquicas e/ou não tenham capacidade de compreensão ou comunicação. O município de Vitória possui 102.602 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos nas 28 Unidades de Saúde da Atenção primária do município, que estão distribuídas nas regiões de saúde do município. Para calcular o tamanho da amostra foi utilizada a fórmula de cálculo de amostra em estudos transversais com populações finitas do programa estatístico Epi-Info, sendo considerados os seguintes parâmetros: nível de significância de 95%, prevalência do agravo em saúde de 20%, tamanho da população de 102.602 mulheres, erro amostral de 5% e efeito do desenho de 2. As variáveis do estudo - A variável dependente será a violência perpetrada pelo parceiro íntimo (violência física, psicológica e sexual), já as variáveis independentes serão constituídas de características: sociodemográficas; gineco-obstétricas; e questões gerais de saúde; características

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 470.744

sociodemográficas e comportamentais do parceiro. Instrumentos de Coleta de dados: Será utilizado um formulário contendo as variáveis: sociodemográficas, gineco- obstétricas e questões gerais de saúde. Para avaliar a Classe econômica será utilizado o instrumento da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa (ABEP)²⁹. Para identificar a violência entre parceiros íntimos, será aplicado o instrumento intitulado World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW STUDY), que tem por objetivo discriminar diferentes formas de violência contra mulheres em seus domínios psicológico, físico e sexual⁽³⁰⁾. As mulheres convidadas a participar da pesquisa serão orientadas quanto ao objetivo da mesma.

Após a aquiescência e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), serão encaminhadas a uma sala reservada para serem submetidas à entrevista com registro em formulário. A entrevista será realizada, por pesquisadora devidamente treinada conforme protocolo de pesquisa. A coleta de dados será realizada no horário de funcionamento das Unidades de Saúde (matutino e/ou vespertino). Os dados analisados serão apresentados na forma, de frequências absolutas e relativas de cada variável categórica. Para as variáveis quantitativas, será realizada média e desvio padrão. Para análise de associação, será realizado o teste qui-quadrado, ou teste exato de Fisher, quando necessário, como medida de associação entre variáveis para estudos de prevalência. Foi considerado o nível de significância de 5% (p- valor 0,05). Os resultados serão analisados usando o pacote estatístico STATA 13.0.

Tamanho da Amostra no Brasil: 1.000

Critério de Inclusão:

Mulheres com idade entre 20 e 59 anos, não gestantes, que possuem ou possuíram parceiro íntimo nos últimos 12 meses, cadastradas nas unidades de saúde do seu bairro.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas mulheres que não apresentarem condições psíquicas e/ou não tenham capacidade de compreensão ou comunicação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, em usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo;

Objetivo Secundário:

- Identificar a prevalência e o tipo de violência perpetrada pelo parceiro íntimo em usuárias de

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 470.744

unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo;

- Caracterizar o perfil da mulher quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas, gineco-obstétricas e questões gerais de saúde;

- Examinar a relação entre o tipo de violência sofrida e as variáveis sociodemográficas, econômicas, gineco-obstétricas e questões gerais de saúde;

- Descrever o perfil do parceiro, quanto às variáveis sociodemográficas e comportamentais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- A participação em uma pesquisa de campo, que envolve a entrevista, pode remeter à riscos de natureza social, cultural e psicológico, uma vez que ao responder as questões da pesquisa a mulher pode trazer à memória lembranças que desencadeiem uma situação de stress, nesse sentido, a mulher a qualquer momento pode retirar o seu consentimento, bem como, contar com o apoio da pesquisadora e ser encaminhada ao serviço de psicologia e a rede de atendimento às vítimas de violência se assim o quiser.

Benefícios:

- Vale destacar que este estudo é de grande importância para o nosso Estado, uma vez que o Espírito Santo é o Estado com maior índice de violência contra a mulher. Este estudo contribuirá na obtenção de conhecimento sobre a ocorrência da violência contra a mulher, permitindo o planejamento de ações específicas que atendam à demanda desse grupo.

- o estudo sobre violência e seus determinantes são prioridades para a Organização Pan-Americana da Saúde, pois contribuem com o maior entendimento acerca deste fenômeno, a fim de reduzir as desigualdades em saúde derivadas dos comportamentos violentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pretende testar a Hipótese:

- A prevalência da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, entre usuárias do serviço de saúde, é elevada;

- A prevalência da violência contra a mulher é maior entre as mulheres com piores condições sociodemográficas, piores condições de saúde e determinadas características gineco-obstétricas;

- A prevalência da violência contra a mulher é maior entre aquelas que possuem parceiros íntimos com piores

condições sociodemográficas e determinados fatores comportamentais.

A pesquisa pretende como

Desfecho Primário:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 470.744

- Prevalência dos tipos de violência perpetrada pelo parceiro íntimo em usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo;

Desfecho Secundário:

- Caracterização do perfil das usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas, gineco-obstétricas e questões gerais de saúde; - A relação entre o tipo de violência sofrida e as variáveis sociodemográficas, econômicas, gineco-obstétricas e questões gerais de saúde;- O perfil do parceiro agressor, quanto às variáveis sociodemográficas e comportamentais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendendo à solicitação de parecer anterior, TCLE ajustado conforme RESOLUÇÃO No 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

Recomendações:

Elaborar e apresentar o relatório final após conclusão do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de acordo com a RESOLUÇÃO No 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 27 de Novembro de 2013

Assinador por:

Karina Tonini dos Santos Pacheco
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Este relatório refere-se ao trabalho de campo realizado para a coleta de dados do estudo intitulado “Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e suas implicações na prevenção do câncer de colo do útero”, cujo objetivo é estudar a violência praticada pelo parceiro, entre mulheres cadastradas em unidades de saúde com ESF e/ou PACS do município de Vitória, Espírito Santo, e suas implicações na realização e frequência do exame de prevenção do câncer de colo do útero.

Este estudo transversal teve o apoio financeiro aprovado no Edital FAPES/CNPq n.012/2012, pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo (FAPES), de acordo com o Processo n. 60530812.

2 PLANO AMOSTRAL

2.1 CÁLCULO DO TAMANHO DE AMOSTRA

O tamanho da amostra foi calculado através do programa OpenEpi, Versão 3, tanto para estimar a prevalência de VPI, como para estudar a associação com a realização de preventivo de câncer de colo uterino. Sendo adotado nível de confiança de 95% e erro aceitável de 5 pontos percentuais. Essa etapa, está detalhadamente descrita no projeto de pesquisa item Cálculo do tamanho da amostra, página 52.

A amostra necessária para este estudo é de 998 mulheres. Inicialmente as entrevistas estavam distribuídas entre 24 unidades de saúde, através da amostragem proporcional ao tamanho das unidades. Entretanto, durante o teste piloto, foram identificadas mais duas unidades, São Cristovão e Itararé, que haviam sido recentemente inauguradas. Dessa forma, foi realizada nova redistribuição da amostra entre as 26 unidades do município de Vitória, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição da amostra de mulheres a serem entrevistadas segundo a Unidade de Saúde no município de Vitória–ES, 2014

Região	Unidade de Saúde	Total de mulheres na faixa etária de 20-59 anos	Amostra
I. Continental	Bairro República	3.858	46
	Jardim da Penha	12.189	146
II. Maruípe	Consolação	4.137	50
	Bairro da Penha	2.017	24
	Santa Marta	3.385	41
	Bomfim "Thomas Thomazi"	1.908	23
	Andorinhas	1.781	21
	Maruípe	3.144	38
	São Cristovão	3.814	46
	Itararé	2.874	34
III. Centro	Fonte grande	914	11
	Ilha do Príncipe	858	10
	Santa Tereza	1.303	16
	Morro do quadro	1.106	13
	US Vitória	4.148	50
IV. Santo Antônio	Grande Vitoria	3.805	46
	Alagoano	2.232	27
	Santo Antônio	4.580	55
V. São Pedro	Resistência	2.265	27
	Ilha das Caieiras	2.570	31
	Santo André	3.239	39
	Conquista/Nova Palestina	3.449	41
VI. Forte São João	Forte São João	2.469	30
	Jesus de Nazaré	1.132	14
	Praia do sua	3.211	38
	Santa Luiza	6.772	81
População Total		83.160	998

Fonte: a autora.

2 INSTRUMENTO DE PESQUISA

2.1 QUESTIONÁRIO E MANUAL DE INSTRUÇÕES

As questões elaboradas para a pesquisa foram agrupadas em três blocos. O primeiro bloco incluiu questões relacionadas aos aspectos demográficos, ginecológicos, obstétricos, comportamentais e socioeconômicos da participante. No segundo bloco, perguntas acerca das características demográficas e comportamentais do parceiro íntimo atual/mais recente e, no terceiro, questões para a identificação da VPI nos últimos 12 meses e ao longo da vida. O questionário utilizado neste estudo está descrito no Anexo 2 do projeto de pesquisa, página 81.

Concomitantemente à elaboração dos questionários, foi construído o manual de instrução para subsidiar a realização do trabalho de campo. Tal manual contém orientação para cada uma das questões do instrumento, e está descrito na página 180.

Também foram utilizados na pesquisa dois folders, que eram entregues à mulher ao final da entrevista. O primeiro folder com orientações sobre a prevenção do câncer de colo do útero do INCA e o segundo com orientações sobre a violência contra a mulher, elaborado pela doutoranda. Ambos podem ser visualizados nas páginas 191 e 196, respectivamente, desta tese.

3 EQUIPE DE PESQUISA

3.1 SELEÇÕES

O processo seletivo para a contratação de supervisoras, entrevistadoras e digitadores foi divulgado através das redes sociais, além de cartazes distribuídos na UFES e instituições privadas de nível superior na cidade de Vitória. Também foi feita a divulgação, por email, às coordenações de curso de graduação em enfermagem, medicina, serviço social e nutrição dos municípios de Vitória e Vila Velha.

Inicialmente foi realizada a seleção das supervisoras. Foram selecionadas três supervisoras de campo, com nível superior completo e experiência com pesquisa de campo e disponibilidade semanal de 40 horas, e um supervisor da digitação dos dados, com experiência no programa Epidata.

Para atuar na pesquisa como entrevistadora eram necessários: ser do sexo feminino, ser aluna de graduação de curso da área da saúde ou humanas e ter disponibilidade de 20 horas semanais. Para atuar como digitador(a) o pré-requisito era ser aluno(a) de graduação e ter disponibilidade de 20 horas semanais.

Para participar do estudo, os candidatos interessados deixavam na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem um currículo resumido juntamente com a ficha de inscrição. Foi avaliada a experiência em trabalho de campo e a disponibilidade de 20 horas. Inscreveram-se 24 alunos, sendo 18 para o cargo de entrevistadora e 6 para digitador. Foram recrutados, nessa primeira etapa, 12 alunos para atuar na entrevista e 4 na digitação, que participaram do treinamento da pesquisa, juntamente com as supervisoras que auxiliaram nessa etapa.

3.2 TREINAMENTO

Realizou-se o treinamento, em Vitória, no Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Espírito Santo, no período de 6 a 8 de janeiro de 2014. Esse treinamento envolveu uma etapa teórica e prática, sendo coordenados pela doutoranda e pela coorientadora do estudo. O objetivo do treinamento era explicar a pesquisa e a logística do trabalho a ser desenvolvido.

Na etapa teórica, participaram 21 pessoas, sendo 12 entrevistadoras, 4 supervisoras da pesquisa de campo, 4 digitadores, e a representante do Núcleo de Prevenção à Violência da Prefeitura Municipal de Vitória. Nesse momento, foram dadas as orientações gerais sobre a rotina de trabalho, a apresentação pessoal, a postura, bem como realizada uma explanação sobre ética e pesquisa, sendo discutido o papel de cada um dos componentes da equipe (supervisoras, entrevistadora e digitador). Além disso, foi feita a leitura de cada questão do questionário e do manual de campo, com discussão detalhada de cada pergunta e conteúdos relacionados aos aspectos gerais e específicos da pesquisa.

Ao final do primeiro dia, foram definidas as equipes de entrevistadoras para cada supervisora, bem como, as unidades de pesquisa de cada equipe. As supervisoras ficaram responsáveis por acompanhar quatro candidatas durante a parte prática, não podendo interferir na entrevista, e ao supervisor de digitação coube a responsabilidade pelo acompanhamento dos candidatos ao cargo de digitador(a).

A parte prática foi realizada no segundo e terceiro dias, participando dessa etapa supervisoras e entrevistadoras. As entrevistadoras foram alocadas em duplas para a aplicação do questionário entre elas, e posteriormente a entrevista deveria ser feita com a supervisora de campo. Nessa etapa, a supervisora e a coordenadora avaliavam a entrevistadora quanto ao perfil e quanto ao desempenho na aplicação do instrumento.

Vale enfatizar o rigoroso controle das atividades durante a capacitação da equipe, com agenda pré-definida e seguimento de todas as atividades propostas, visando à manutenção da qualidade do projeto.

3.3 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado em duas etapas. A primeira etapa ocorreu no período de 13 a 17 de janeiro de 2014, nas unidades de saúde do município de Vitória elegíveis para o estudo. Optou-se por realizar o teste piloto nesses cenários considerando a diferente realidade socioeconômica dos territórios.

Além da doutoranda, participaram da primeira etapa do teste piloto 10 candidatas ao cargo de entrevistadora, acompanhadas da respectiva supervisora. Cada entrevistadora realizou 5 entrevistas sob supervisão presencial. Foram realizadas, no total, 50 entrevistas distribuídas de forma proporcional ao número de mulheres de 20 a 59 anos cadastradas em cada unidade.

Vale destacar que essa fase também fez parte do processo de seleção, uma vez que, foi observado o desempenho das entrevistadoras no que concerne à habilidade na aplicação do questionário, à abordagem à mulher e aos aspectos relacionados à postura e à ética. Ao final, além da avaliação do desempenho das entrevistadoras, foi realizada uma primeira avaliação do questionário. Verificou-se que o tempo de aplicação do instrumento era estimado entre 35 a 40 minutos, que

95,0% das questões foram de fácil compreensão, e que em 5,0% fazia-se necessária a mudança de posição da pergunta no questionário ou a modificação de palavras, sem mudança no contexto, para melhor entendimento da mesma.

Diante disso, após as modificações realizadas no instrumento, optou-se por retornar ao campo para realizar um segundo teste piloto que aconteceu no período de 24 a 27 de janeiro, em 12 unidades de saúde. Cada entrevistadora, sob supervisão, realizou 3 novas entrevistas totalizando 30 novos questionários. Após essa etapa, os dados dos questionários do teste piloto foram digitados duplamente e, em seguida, realizada a análise.

Vale destacar que foi feito um controle rígido das mulheres que participaram do estudo piloto, pois as mesmas foram excluídas da etapa de coleta de dados, não fazendo parte da amostra selecionada para o presente estudo. No segundo momento, não ocorreram problemas na aplicação dos formulários, estando as mulheres motivadas a participar da pesquisa.

Apesar de inicialmente ser prevista a contratação de 18 entrevistadoras, ao fim desse processo foram selecionadas 10, que se somaram aos demais membros da equipe de pesquisa: coordenação, 4 supervisoras e 4 digitadores.

Figura 4- Equipe de Pesquisa ao fim do Treinamento. Janeiro de 2014. Vitória, ES.



Fonte: a autora.

4 TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi iniciado em fevereiro de 2014. Antes de começar a coleta de dados, foi realizada a visita em todas as 26 unidades de saúde para aquisição da listagem com os nomes das mulheres cadastradas nas unidades na

faixa etária de 20 a 59 anos. Após a obtenção dessa listagem, foi realizado o sorteio das mulheres a serem contatadas para participarem da pesquisa.

A partir daí, as supervisoras contataram as mulheres sorteadas, por contato telefônico, ou através de convite elaborado pela doutoranda, que foi entregue pelo agente comunitário de saúde na residência da mulher. Nesse contato, era feita orientação quanto ao objetivo do estudo e, após a aquiescência, agendada em domicílio ou na unidade de saúde, prioritariamente, um horário para a participação da mulher na pesquisa.

Vale destacar que, desde o início do trabalho de campo, foram elaborados pelas supervisoras, relatório semanal das atividades, bem como, a equipe de coordenação composta pela doutoranda e coorientadora, com ciência da orientadora, realizou reuniões quinzenais com a finalidade de discutir o andamento da pesquisa quanto à logística, atualização do número de mulheres entrevistadas, agendamentos, eventuais dúvidas, problemas ou qualquer outro aspecto relacionado à pesquisa.

A partir dessas reuniões e dos relatórios, foi identificada a impossibilidade de permanência da entrevista em domicílio, pois, cerca de 70,0% das mulheres contatadas negaram agendar a sua participação na pesquisa nesse local. Além disso, entre as que agendaram, muitas delas não foram localizadas, mesmo após inúmeros contatos e tentativas. Desse modo, optou-se por modificar o método de seleção do sujeito de pesquisa, antes mesmo do início da coleta de dados a fim de não trazer prejuízo à qualidade do estudo, diminuindo a possibilidade de viés de seleção.

Assim, a população em estudo foi definida como as usuárias do serviço de saúde, na faixa etária de 20 a 59 anos com parceiro íntimo atual ou nos últimos 12 meses, que se encontravam na unidade de saúde, quando foram abordadas, convidadas a participarem do estudo e entrevistadas na própria unidade de saúde. Vale destacar que a realização de todas as entrevistas nas unidades de saúde pode ser considerada como uma vantagem, uma vez que foi utilizado um ambiente privativo para a realização das entrevistas. Do mesmo modo, a falta de privacidade em algumas residências poderia acontecer e ser prejudicial para a coleta de informações, especialmente no que se refere às informações sobre a violência praticada por parceiro íntimo. Além disso, vale destacar a complexidade e a

peculiaridade da temática em estudo, bem como as áreas de risco social em que se encontram a maioria das unidades em estudo.

Nesse sentido, com a definição da nova metodologia de seleção de sujeitos, foi iniciada a coleta de dados em março de 2014. Assim, foram entrevistadas, na unidade de saúde, no turno da manhã ou tarde, usuárias do serviço que atendiam aos critérios de inclusão (faixa etária de 20 a 59 anos, que possuíam parceiro íntimo atual ou nos últimos 12 meses). O fluxo da coleta de dados aconteceu da seguinte maneira: as mulheres que se encontravam na unidade para utilização de algum serviço ofertado eram convidadas e orientadas quanto ao objetivo do estudo, e a entrevista só acontecia após a assinatura do TCLE. Toda entrevista era realizada em um ambiente reservado da unidade por uma entrevistadora devidamente treinada, uniformizada (jaleco) e portando crachá de identificação.

O período da coleta de dados aconteceu de março a agosto de 2014. Foram estudadas 991 mulheres distribuídas nas 26 unidades de saúde do município de Vitória.

Figura 5- Coleta de dados. Março a agosto de 2014. Vitória, ES.



Fonte: a autora.

5 GERENCIAMENTO DOS DADOS

5.1 DIGITAÇÃO E CONSISTÊNCIA DOS DADOS

A digitação dos dados aconteceu concomitantemente ao processo de coleta de dados. Os instrumentos de pesquisa devidamente preenchidos e qualificados, eram semanalmente entregues pelo supervisor de campo ao supervisor da digitação

que, no momento do recebimento, enumerava os formulários em ordem crescente e, em seguida, os distribuía entre a equipe de digitação, que extraía os dados para o Epidata.

Vale lembrar que foi realizada digitação dupla e, posteriormente, procedeu-se a limpeza dos dados para detectar erros de digitação (correção de datas, número de identificação, campos sem informação, dentre outras informações do instrumento que conflitassem). Quando identificado algum erro retornava-se ao instrumento de pesquisa para conferência das informações e, em seguida, realizava-se a correção.

A digitação dos dados ocorreu no período de março a setembro de 2014. Após essa fase, os dados foram transferidos para o Stata® 13.0, onde foi realizada a análise.

5.2 CONTROLE DE QUALIDADE E COERÊNCIA DOS DADOS

O controle de qualidade dos dados foi assegurado por um conjunto de medidas adotadas durante o processo de trabalho. Antes da pesquisa de campo, foi realizada uma seleção e um treinamento rigoroso da equipe quanto ao protocolo de pesquisa.

Apesar de inicialmente ter sido planejada a verificação do preenchimento do questionário e a identificação de possíveis erros na coleta de dados, através do contato telefônico, ou na inexistência deste, pela visita domiciliar, a mudança metodológica proporcionou o controle de qualidade das informações por meio da supervisão direta na coleta de dados, ou seja, em todo momento das entrevistas o supervisor de campo estava presente na unidade de saúde.

O controle de qualidade das entrevistas era realizado pela supervisora de campo, durante o fim da entrevista. Ao fim da mesma, era solicitado a 10% da amostra de mulheres entrevistadas que aguardasse alguns minutos e, nesse período, era feita pela a qualificação dos dados obtidos. Outra questão abordada pelas supervisoras, era a abordagem à mulher no que concerne ao grau de satisfação com o trabalho realizado pelas entrevistadoras.

6 PERDAS DE INFORMAÇÕES E RECUSAS

Vale considerar que não houve perdas de informação na presente pesquisa, uma vez que, durante as entrevistas, foram respondidas todas as questões pelas participantes.

Foram consideradas recusas quando ocorreu a não aceitação em participar da pesquisa. Os motivos de recusas, em geral, se deviam a motivos relacionados à pressa, a estar em horário de trabalho ou mesmo por não querer participar do estudo. Nessa situação, as supervisoras eram comunicadas e tentavam esclarecer a mulher que se recusava a responder o questionário ou a participar do estudo como mais uma tentativa de obter a participação dessa mulher. O número total de mulheres que se recusaram a participar da pesquisa foi 7, ou seja, 0,70%.

7 PARTICIPAÇÃO DA AUTORA NO TRABALHO DE CAMPO

Atividades desenvolvidas pela doutoranda:

- Reunião quinzenal de acompanhamento da pesquisa para identificação do número de mulheres entrevistadas, perdas ou recusas;
- Treinamento da equipe de pesquisa;
- Supervisão direta do teste piloto;
- Supervisão indireta das atividades relativas ao trabalho de campo;
- Coleta de dados;
- Análise de consistência dos dados;
- Elaboração do Relatório de Trabalho de Campo.
- Análise dos dados.

MODIFICAÇÕES AO PROJETO ORIGINAL

A primeira alteração no projeto de pesquisa refere-se ao número total de unidades de saúde do município de Vitória com ESF ou PACS que, na época de submissão da proposta, totalizava 24. Entretanto, durante a realização do estudo piloto identificou-se a recente inauguração de mais duas unidades (Itararé e São Cristovão). Assim, antes de iniciar a coleta de dados, o número total de mulheres a serem entrevistadas, de acordo com o cálculo do tamanho amostral apresentado no projeto, foi distribuído entre as 26 unidades de saúde do município de Vitória, de forma proporcional ao tamanho dessas unidades, como o estabelecido no projeto e conforme apresentado no Quadro 5, página 103.

Ainda, antes de iniciar o trabalho de campo, foi necessário modificar o local da entrevista proposto no projeto de pesquisa. Com o início do agendamento das entrevistas para começar o trabalho de campo, constatou-se a impossibilidade da realização das entrevistas nos domicílios, uma vez que quase 70% das mulheres contatadas recusaram-se a agendar a sua participação na pesquisa na própria residência. Além disso, entre as que agendaram, muitas delas não foram localizadas, mesmo após inúmeras tentativas. Desse modo, optou-se por modificar o método de seleção do sujeito de pesquisa, antes mesmo do início da coleta de dados, a fim de não trazer prejuízo à qualidade do estudo, diminuindo a possibilidade de viés de seleção. A população em estudo foi definida como as usuárias do serviço de saúde, na faixa etária de 20 a 59 anos, com parceiro íntimo atual ou nos últimos 12 meses, que se encontravam na unidade de saúde quando foram abordadas, convidadas a participarem do estudo e entrevistadas na própria unidade de saúde. Vale destacar que a realização de todas as entrevistas nas unidades de saúde pode ser considerada como uma vantagem, uma vez que foi utilizado um ambiente privativo para a realização das entrevistas. Por outro lado, a falta de privacidade em algumas residências poderia acontecer e ser prejudicial para a coleta de informações, especialmente no que se refere às informações sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo.

Além das alterações necessárias, antes do início do trabalho de campo, a outra modificação realizada nesta tese, após a defesa do projeto, relaciona-se com o objetivo proposto para o primeiro artigo original. *A priori*, previa-se estudar a associação dos diferentes tipos de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, com variáveis demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro, bem como com as condições obstétricas e ginecológicas da mulher

coletadas na entrevista. No entanto, durante a elaboração do artigo, percebeu-se que a inclusão de todas essas variáveis não poderia ser adequadamente apresentada em um único manuscrito devido às limitações impostas nas instruções aos autores do periódico selecionado para submissão do artigo. Sendo assim, não seria possível incluir toda a descrição, apresentação e discussão que permitissem a suficiente abordagem de todas as variáveis incluídas. De qualquer maneira, as análises foram conduzidas e são apresentadas como Anexos (página 192). Essas análises demonstram a possibilidade de elaboração de outros três manuscritos:

1. Prevalência das violências contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo ao longo da vida.
2. Associação dos tipos de violência contra a mulher com as características ginecológicas e obstétricas.
3. Associação dos tipos de violência contra a mulher e as características do parceiro íntimo.

ARTIGOS

ARTIGO 1

Aceito para publicação na revista científica Revista de Saúde Pública

Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil

Violence against women in Vitória, Espírito Santo, Brazil

Franciéle Marabotti Costa Leite

Maria Helena Costa Amorim

Fernando C. Wehrmeister

Denise Petrucci Gigante

Artigo Original

RESUMO

OBJETIVO: estimar a prevalência e os fatores associados às violências psicológica, física e sexual nas mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo atendidas nos serviços de atenção primária, em Vitória, Espírito Santo. **MÉTODOS:** estudo transversal, realizado em 26 unidades de saúde do município de Vitória, no período de março a setembro de 2014. Foram entrevistadas 991 usuárias de 20 a 59 anos. Para classificar as violências psicológica, física e sexual foi utilizado o instrumento da Organização Mundial de Saúde sobre violência contra a mulher e um questionário foi elaborado para investigar as características sociodemográficas, comportamentais e de história familiar e de vida da mulher. As análises estatísticas utilizadas foram: regressão de Poisson, teste Exato de Fisher e Qui-quadrado. **RESULTADOS:** as prevalências observadas foram: psicológica 25,3% (IC 95%: 22,6-28,2); física 9,9% (IC 95%: 8,1-11,9) e sexual 5,7% (IC 95%: 4,3-7,3). A violência psicológica manteve-se associada à escolaridade, situação conjugal, histórico materno de violência por parceiro íntimo, violência sexual na infância e ter feito uso de drogas, enquanto a agressão física esteve relacionada à idade, escolaridade, situação conjugal e a história materna de violência por parceiro íntimo. A violência sexual foi mais frequente nas mulheres de menor renda e que sofreram abuso sexual na infância. **CONCLUSÕES:** As violências psicológica, física e sexual apresentaram alta magnitude entre as mulheres usuárias dos serviços de atenção primária de saúde. Alguns fatores sociodemográficos, comportamentais e as experiências pessoal e materna de violência possuem influência na ocorrência do fenômeno.

Descritores: Mulheres maltratadas. Violência contra a mulher. Violência doméstica. Maus-tratos conjugais. Atenção primária à saúde. Estudos transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the occurrence and distribution of different types of intimate partner violence against women, among users of primary care services, and verify the association with sociodemographic and behavioral characteristics, family and life history. A cross-sectional study, conducted in 26 primary care services in Vitoria (Brazil) from March to September 2014. Were interviewed using a questionnaire, a sample of 991 users, aged 20-59 years. Violence was classified as psychological, physical and sexual. Statistical analyzes: Poisson regression, Fisher's exact test and chi-square were used. **RESULTS:** the prevalences were: Psychological 25.3% (95% CI: 22.6-28.2); physical 9.9% (95% CI: 8.1-11.9) and sexual 5.7% (95% CI: 4.3-7.3). Psychological violence remained associated with education, marital status, maternal history of intimate partner violence, sexual violence in childhood and have used drugs, while physical abuse was related to age, education, marital status and maternal history of intimate partner violence. The sexual violence mainly occurred among women with low income, and victims of sexual violence in childhood. **CONCLUSIONS:** The psychological, physical and sexual violence showed highly frequent among women cared in primary care health services. Some sociodemographic and behavioral factors, and personal experiences, and maternal violence have influence on the occurrence of the phenomenon.

Keywords: Battered women. Violence against women. Domestic violence. Spouse abuse. Primary health care. Cross-sectional studies.

Introdução

A violência constitui um fenômeno complexo e multicausal. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), esse agravo é definido como o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que resulte, ou tenha grande possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação.²⁵ Reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública, a violência quando cometida contra as mulheres, geralmente ocorre em âmbito privado e tem como principal agressor o parceiro íntimo. Assim, este fato remete à mulher a uma relação íntima acompanhada de agressões físicas, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores.¹²

A violência contra a mulher constitui-se em uma complexa rede de associação e pode apresentar variações em diferentes locais nos quais ela acontece.⁶ Esse fenômeno envolve a interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e

ambientais.¹³ Os aspectos ligados às questões de gênero têm grande influência, uma vez que, esse tipo de abuso está ligado à posição desigual das mulheres nos relacionamentos, e ao "direito" masculino ao controle sobre bens e comportamentos femininos, de modo que, quando a mulher desafia esse controle ou o homem não pode mantê-lo, se estabelece a violência.⁹

Conforme estudo realizado em vários países, intitulado *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*, entre 15% e 71% das mulheres já experimentaram algum tipo de violência física ou sexual, ou ambos, cometida pelo parceiro íntimo, sendo as menores proporções encontradas no Japão e as maiores na Etiópia.⁷ O Brasil participou desse estudo com a realização da pesquisa nas regiões de São Paulo (SP) e Zona da Mata (PE), apresentando prevalência de violência 29% e 37% respectivamente.⁶

Estudo destaca que grande parte das vítimas de violência conjugal física não procura nenhum tipo de ajuda e, quando o faz, recorre primeiro às pessoas mais próximas, seguido de instituições como polícia, serviços específicos para vítimas de violência doméstica e profissionais da saúde.⁴ Neste contexto, as unidades de saúde constituem-se como espaço privilegiado para rastreamento dos casos de violência, visto que neste ambiente ocorre acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida. A unidade de saúde enseja uma relação mais próxima com a comunidade, dirigindo-se aos problemas comuns de saúde que, muitas vezes, podem estar associados à violência contra a mulher.²²

Desse modo, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de estimar a prevalência e os fatores associados às violências psicológica, física e sexual nas mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo atendidas nos serviços de atenção primária, em Vitória, Espírito Santo.

Método

Estudo transversal, realizado em 26 Unidades de Saúde (US) do município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Participaram do estudo as usuárias na faixa etária de 20 a 59 anos, que possuíam parceiro íntimo nos últimos 12 meses anteriores à data

da entrevista. No início da entrevista, a mulher era questionada se tinha parceiro íntimo, do sexo masculino, ou teve nos últimos 12 meses. Definiu-se parceiro íntimo como o companheiro ou ex-companheiro, independente de união formal, e namorados atuais, desde que mantendo relações sexuais. A coleta de dados ocorreu no período de março a setembro de 2014. As mulheres elegíveis ao estudo foram abordadas nas unidades de saúde, quando foi explicada a pesquisa para solicitação da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com a autorização era iniciada a entrevista em local privativo da unidade de saúde, com a presença apenas da entrevistada e da entrevistadora. Essas últimas, todas do sexo feminino, participaram de um treinamento para a padronização da entrevista e aplicação dos instrumentos. Além da equipe de entrevistadoras, a pesquisa contou com as supervisoras, que deram suporte ao trabalho de campo, com acompanhamento diário e a realização de controle da qualidade das entrevistas, por meio da aplicação dos questionários, utilizados na pesquisa, em 10% das mulheres entrevistadas em cada unidade de saúde. Um folder detalhado, contendo os principais serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência, foi elaborado pela equipe da pesquisa e distribuído às participantes do estudo, como material educativo e de suporte, independente de relatos de violência, bem como, foi feita parceria com o núcleo de atendimento às vítimas de violência do município de Vitória, ES, para encaminhamento, quando necessário.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerando que em 2010 o município de Vitória encontrava-se na primeira posição em óbitos femininos por homicídio,²⁴ foram estimadas as maiores prevalências de violência contra a mulher identificadas na literatura (56%).¹⁴ Assim, para o estudo da prevalência de violência contra a mulher, o cálculo do tamanho da amostra considerou aceitável uma margem de erro de cinco pontos percentuais e nível de confiança de 95%. Para estudar a associação com os fatores de risco, considerou-se um nível de confiança de 95%, poder de 80% e razão exposto/não exposto de 1:1. Foram acrescentados 10% para possíveis perdas e 30% para análises ajustadas. Com base nesses cálculos deveriam ser incluídas no estudo 998 mulheres selecionadas em cada uma das 26 unidades de saúde do município de Vitória, por meio de amostragem proporcional ao número de mulheres, de 20 a 59 anos, cadastradas em cada unidade.

Os três tipos de violência contra a mulher (psicológica, sexual ou física) foram as variáveis dependentes neste estudo. Cada uma delas foi considerada presente

quando a mulher respondeu sim a um dos itens do instrumento. Para identificação dos desfechos em estudo foi utilizado a versão reduzida do questionário original da OMS sobre violência contra a mulher, validado para uso no Brasil, que tem por objetivo discriminar as diferentes formas de violência contra mulheres em seus domínios psicológico, físico e sexual. Esse instrumento possui 13 questões relacionadas à violência com capacidade de discriminar as diferentes formas em contextos sociais diversos, sendo abrangente e relativamente curto. Esse instrumento possui elevada consistência interna, apresentada pelos coeficientes de *Cronbach* (média de 0,88).¹⁹

Para a obtenção das variáveis independentes, incluídas no estudo, foi elaborado um instrumento pelas pesquisadoras, contendo as características sociodemográficas: idade (coletada em anos completos e categorizada por décadas); cor da pele auto referida (coletada conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e categorizada em branca, preta e parda, sendo excluídas da análise as mulheres que declararam ser indígenas ou amarelas por constituírem um grupo pouco representado não sendo possível qualquer inferência dos resultados; escolaridade (coletada em anos completos de estudo e apresentada de forma dicotômica em até 8 anos e 9 anos ou mais); situação conjugal (casada, solteira, divorciada/separada e em união consensual, ou seja, vive com o parceiro, mas não é legalmente casada); religião (católica ou evangélica, coletadas individualmente com questões do tipo sim e não) e renda familiar (a soma da renda mensal em reais de cada um dos moradores do domicílio que foi posteriormente distribuída em tercís). No que tange à experiência familiar e de vida, a mulher foi questionada com as seguintes perguntas, respectivamente: *Sua mãe já sofreu alguma violência por parte do parceiro íntimo* e *A Sra. sofreu violência sexual na infância*, sendo cada uma dessas variáveis apresentadas de forma dicotômica, do tipo sim e não. Em relação às variáveis comportamentais da mulher foram analisadas: dose de bebida alcoólica ingerida (nenhuma, até duas, ou mais de duas doses). Uma dose correspondeu, em média, a uma lata de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”, tabagismo (distribuído em duas categorias, sendo considerados fumantes aqueles que fumavam pelo menos 1 cigarro por dia e a categoria de não-fumantes, que

incluiu ex-fumantes) e histórico de uso drogas (se já fez uso de drogas alguma vez na vida, também de forma dicotômica).

As análises foram realizadas com o pacote estatístico STATA 13.0. Nas análises descritivas, para obtenção das frequências e seus intervalos de confiança, foram utilizados os testes *qui-quadrado de Pearson* ou *exato de Fisher*, para tabelas de contingência com pequeno número de observações. De acordo com o modelo hierárquico (Figura 1) foi realizada a análise ajustada, controlando para os possíveis fatores de confusão. Para a inclusão no modelo múltiplo não se limitou um valor de p para evitar a exclusão de variáveis potencialmente confundidoras, sendo mantidas no modelo as variáveis que apresentavam significância estatística ($p < 0,05$). Tais análises foram conduzidas através de regressão de *Poisson* e utilizou-se razão de prevalência como medida de efeito.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sendo aprovado sob o número 21221513.4.0000.5060, em 27 de Novembro de 2013 (Parecer 470.744).

Resultados

Participaram 991 mulheres, correspondendo a 99,3% da amostra calculada para o presente estudo. Sete mulheres recusaram-se a participar do estudo. A violência psicológica foi a mais frequente, com uma prevalência de 25,3% (IC 95%: 22,6 a 28,2), enquanto a violência física foi o segundo tipo mais frequente (P: 9,9%; IC 95%: 8,1 a 11,9) e a violência sexual a de menor prevalência (P: 5,7%; IC 95%: 4,3 a 7,3).

Na Tabela 1 é possível observar a distribuição da amostra em relação às variáveis incluídas neste estudo, bem como as prevalências dos três tipos de violência. A maioria das mulheres entrevistadas tinha menos de 40 anos no momento da entrevista, se declararam parda e tinham nove ou mais anos de estudo. Quase 35% das mulheres tinham renda familiar até R\$ 1.500, inclusive. Cerca de metade das entrevistadas referiu ter religião católica ou evangélica e 30% relataram que a mãe já apanhou de algum parceiro íntimo, enquanto 10% vivenciou violência sexual na infância. A maioria relatou consumir menos de duas doses de bebida alcoólica e

negou ser fumante ou ter histórico de uso de drogas. Por outro lado, cerca de uma de cada dez mulheres relatou o consumo de cinco ou mais doses de bebida alcoólica, ser fumante e ter histórico de uso de drogas.

No que tange às prevalências dos três tipos de violência (Tabela 1), a maior frequência de violência psicológica foi entre as mulheres com até oito anos de estudos, pertencentes ao grupo de menor renda, separadas ou divorciadas e evangélicas. Também maiores prevalências de violência psicológica foram observadas naquelas com experiência de violência familiar ou na infância e com histórico de uso de drogas. Para violência física, as maiores prevalências foram observadas nas mulheres autodeclaradas pretas, com menor escolaridade e renda familiar, separadas ou divorciadas e frequentando a religião evangélica, sendo também mais frequente nas mulheres com história materna de violência por parceiro íntimo, com uso de drogas e consumo de bebida alcoólica. Finalmente, maiores prevalências de violência sexual ocorreram naquelas com menor escolaridade e renda e que sofreram violência sexual na infância (Tabela 1).

A violência psicológica manteve-se associada à escolaridade, situação conjugal, histórico materno de violência por parceiro íntimo, violência sexual na infância e ter feito uso de drogas na análise ajustada. A violência psicológica foi, em média, 45% mais frequente entre as que possuem menor escolaridade, quando comparadas àquelas com nove ou mais anos de escolaridade e cerca de duas vezes maior nas divorciadas ou separadas, quando comparadas às casadas. A prevalência de violência psicológica foi 70% maior nas mulheres cuja a mãe sofreu algum tipo de violência por parceiro íntimo ou que foram abusadas sexualmente na infância, quando comparadas àquelas em que esses eventos não aconteceram. O histórico de uso de drogas também esteve associado à violência psicológica, com uma razão de prevalência de 1,35 (Tabela 2).

Para a violência física (Tabela 3), a idade, a escolaridade e a situação conjugal mantiveram-se significativamente associadas com violência física no modelo ajustado. As mulheres mais velhas (40 a 59 anos) sofreram menos violência física, quando comparadas àquelas de 20 a 29 anos, enquanto maior prevalência de vitimização de violência física foi observada, em média, nas mulheres com menor escolaridade, que se declararam divorciadas/separadas ou cuja mãe foi vítima de

violência. E em relação às variáveis comportamentais, as mulheres com histórico de uso de drogas apresentaram prevalência 2,4 vezes maior de violência física pelo parceiro íntimo, quando comparadas às que não usaram drogas (Tabela 3).

Na Tabela 4 observa-se que, das variáveis sociodemográficas, somente a renda familiar manteve-se associada com a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo, desaparecendo o efeito bruto da escolaridade. Desse modo, as mulheres do menor tercil de renda familiar (até R\$ 1.500/mês) foram vítimas de violência sexual por parte do companheiro cerca de três vezes mais do que as mulheres do maior tercil. Embora a idade da mulher não esteve significativamente associada com esse tipo de violência, chama a atenção que o grupo de 50 a 59 anos apresentou, em média, uma prevalência 2,5 vezes maior do que aquela do grupo de 20 a 29 anos. Finalmente, a violência sexual foi cerca de duas vezes mais prevalente no grupo que sofreu violência sexual na infância, quando comparado àquele em que isso não aconteceu.

Discussão

A violência contra a mulher tem acontecido ao longo da história em praticamente todos os países com os mais diferentes regimes econômicos e políticos. Vale ressaltar que a magnitude da violência é diferente, sendo mais comum em países com uma cultura predominantemente masculina, e menos frequente em culturas que procuram soluções igualitárias para as diferenças de gênero.³

Falando mais especificamente do Brasil, o panorama econômico do país, desde a metade do século XIX até depois da Primeira Guerra Mundial, mudou profundamente e trouxe o contato com comportamentos e valores de outros países, os quais passaram a ser confrontados com os costumes patriarcais ainda vigentes, embora enfraquecidos. Entretanto, mesmo após trinta anos de luta por igualdade de direitos entre homens e mulheres, ainda ocorrem inúmeros e cruéis episódios de violência contra a mulher. Sugere-se dentre as várias razões a cultura de subordinação da mulher ao homem de quem ela é considerada uma inalienável e eterna propriedade.³

A violência acarreta danos importantes à vítima até a morte, em algumas situações. O Mapa da Violência mostra que, no ano de 2013, o Brasil ocupou a quinta posição entre os países com maior taxa de homicídios por 100 mil mulheres. O Espírito Santo, dentre os estados brasileiros, esteve na segunda posição e, em relação às capitais, o município de Vitória é aquele com maior risco de morte de mulheres por homicídios.²⁴ Esses achados são de grande relevância e fortalecem a importância do presente estudo, que analisou a prevalência e os fatores associados às violências psicológica, física e sexual praticada pelo parceiro íntimo contra usuárias do serviço de saúde do município de Vitória. Embora prevalências de violências emocional e física entre casais neste município já tenham sido descritas,¹⁷ o presente estudo investiga a influência de alguns fatores sociodemográficos, comportamentais, de experiência familiar e de vida sobre a violência psicológica, física e sexual contra a mulher, praticada pelo parceiro íntimo.

Em consonância com a literatura,^{14,18} a violência psicológica no município de Vitória apresentou maiores prevalências, quando comparada aos outros tipos de violência. O abuso psicológico costuma ser também a violência mais negligenciada e, por vezes, raramente reconhecida. Contudo, deve-se registrar a sua importância considerando que o agressor, em suas primeiras manifestações, inicialmente não lança mão de violência física, mas parte para a restrição da liberdade individual da vítima, avançando para o constrangimento e humilhação.²¹

A violência física envolve atos de agressão corporal à vítima, sendo em geral a mais evidente²¹ e a prevalência encontrada no presente estudo foi semelhante àquela encontrada em São Paulo, o que também foi observado para a violência sexual,¹⁴ sendo esta última também evidenciada pela invisibilidade e pouco reconhecida como violência. Ainda, cabe destacar um estudo realizado com usuárias do serviço de urgência e emergência em Salvador, no ano de 2001, no qual mulheres que vivenciaram situações de estupro pelo companheiro, não consideraram o ato como motivo suficiente para punição do agressor, em especial, se ocorreu sem a prática da violência física.²⁰

Estudo recente destaca que a violência contra a mulher é motivada pelas expressões de desigualdades fundamentadas na condição de sexo, a qual inicia no universo familiar, onde as relações de gênero se estabelecem no modelo de

relações hierárquicas. Este mesmo estudo destaca que há situações em que quem domina e quem é dominado pode receber marcas de raça, idade, classe, dentre outras, modificando sua posição em relação àquela do núcleo familiar.¹

Ao analisar, neste estudo, a ocorrência de violência de acordo com a idade das mulheres, chamam atenção as menores prevalências de violência física entre as mulheres pertencentes ao grupo de 50 a 59 anos, quando comparadas às mulheres mais jovens. Estudo sugere que agressões mais antigas seriam menos valorizadas no relato, de modo que as frequências de violência nas mulheres mais velhas estariam subestimadas, ou ainda que a violência inicia, na maioria das vezes, precocemente.⁶

Dados da presente pesquisa mostram que a violência sexual seria mais frequente entre as mulheres de 50 a 59 anos do que entre as mais jovens. De acordo com a literatura²⁰ há situações de violência sexual cometida por parceiro íntimo consideradas como comuns em nossa sociedade e, conseqüentemente, aceitáveis e não reconhecidas como violência. As mulheres costumam ceder ao desejo do parceiro para não contrariá-lo ou por vezes por entender que se trata de uma obrigação na relação marido e mulher.²⁰

A ocorrência da violência em mulheres com menor escolaridade e renda foi observada no presente estudo. Essas variáveis no estudo da violência cometida pelo parceiro íntimo são de grande importância, visto que o menor suporte social representa maior risco, por uma tendência da mulher submeter-se mais frequentemente ao perpetrador pela falta de oportunidade de lutar e enfrentar a violência.²⁰ Por outro lado, não houve associação de qualquer tipo de violência com a cor da pele ou a religião da mulher, como em outros estudos.^{20,23}

Mulheres divorciadas/separadas tiveram maiores prevalências de vivência de violência psicológica e física pelo companheiro nos últimos 12 meses do que as casadas e solteiras. Esse achado se assemelha a de outros estudos,^{6,23} e sugere que essas mulheres vivenciaram anteriormente relações violentas e conseguiram se libertar dessa situação, rompendo com o ciclo da violência.⁶

Embora a literatura aponte que as vítimas de violência estão mais propensas ao uso de cigarro⁵ e ao maior consumo de álcool e drogas,¹⁶ somente o histórico de uso de

drogas esteve associado à violência psicológica e física no presente estudo, como também demonstrado por outro estudo.²³

Os resultados referentes à associação entre o relato que a mãe sofreu algum tipo de violência com as violências psicológica e física levam a uma reflexão acerca da transmissão transgeracional da violência, na qual o fenômeno é perpetuado de geração em geração como uma situação naturalizada no seio da família.² O envolvimento em contextos de violência familiar, como vítima ou como testemunha, possibilita o estabelecimento de uma relação conjugal violenta na vida adulta.⁸ E ainda, ter sido vítima de violência sexual na infância relacionou-se com a violência sexual praticada pelo companheiro sugerindo que crianças inseridas em contextos de violência podem ter mais chance de levarem, para seus relacionamentos futuros a tendência de repetição dos padrões vivenciados.¹⁵

Cabe salientar que as situações de violência vivenciada acarretam graves danos à saúde das vítimas, no que se refere ao bem-estar físico, sexual, reprodutivo, emocional, mental e social do indivíduo e da família. Além disso, desfechos imediatos e a longo prazo na saúde associados a esses tipos de violência incluem: traumatismos físicos, gravidez indesejada, aborto, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis, transtorno de estresse pós-traumático, entre outros.¹² Neste contexto, considerando a magnitude das violências entre as usuárias, a pesquisa foi de suma importância, pois constitui um dispositivo para fomentar novas práticas nas unidades de saúde como a discussão do tema da violência, sempre que houver oportunidade, e a criação de espaço de escuta, acolhimento e assistência à mulher, a fim de melhor compreender e enfrentar este fenômeno.¹⁰

Destaca-se que, não apenas as mulheres, mas também os profissionais de saúde possuem dificuldade em falar e tratar da violência. As mulheres tendem a silenciar sobre a violência vivenciada e geralmente não fazem queixas espontâneas durante as consultas na rede básica de saúde,¹⁴ a não ser que se dê a elas condições de acolhimento e escuta.¹⁰ Entretanto, os profissionais de saúde, em geral não se sentem capacitados para lidar com essas situações,¹⁴ sendo necessário, a instrumentalização da equipe, por meio da elaboração e implementação de

protocolos que visem um atendimento integral, interdisciplinar e de qualidade à mulher vitimada.¹¹

Possíveis limitações devem ser consideradas. Em primeiro lugar, existe a possibilidade de subestimativa das prevalências devido ao viés de informação. Entretanto, a realização de entrevista face a face por mulheres, em ambiente privado, na unidade de saúde pode ter minimizado este viés. Cabe ainda destacar que como os resultados referem-se às usuárias das unidades de saúde, é possível que mulheres que sofreram violência tenham sido inibidas a frequentar o serviço de saúde. Entretanto, os resultados encontrados no presente estudo mostram prevalências elevadas para os três tipos de violência que, no caso de terem sido subestimadas, é possível que maiores forças de associação poderiam ser encontradas com algumas exposições e os desfechos. Ainda como limitação, a causalidade reversa, inerente aos estudos transversais, pode estar presente nas associações com as variáveis comportamentais e socioeconômicas. Porém, as fortes associações encontradas com variáveis comportamentais chamam atenção para a necessidade de propor medidas que possam ter influência tanto nas exposições, como nos desfechos. E, por fim, é importante identificar mulheres que já tenham sofrido algum tipo de violência para que se possa propor medidas específicas para a prevenção e o enfrentamento da violência praticada pelo parceiro íntimo, sabendo que, mesmo com este delineamento, foi possível detectar o efeito de experiências prévias e familiares, considerando que precederam a ocorrência da violência praticada pelo parceiro.

Em conclusão, os dados apresentados revelam a elevada prevalência de usuárias vitimadas, e que determinados fatores sociodemográficos, comportamentais e/ou de experiência de vida e pessoal podem tornar a mulher mais vulnerável à violência cometida pelo parceiro íntimo. Além disso, espera-se que os resultados aqui apresentados contribuam para a ampliação dos debates e na formulação de estratégias de promoção, prevenção, detecção e monitoramento das violências.

Referências

1. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado*. [Internet]. 2014;29(2), 449-469. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&tlng=pt. DOI: 10.1590/S0102-69922014000200008
2. Black DS, Sussman S, Unger JB. A further look at the intergenerational transmission of violence: Witnessing interparental violence in emerging adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*. [Internet]. 2010;25(6):1022-42. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705927/pdf/nihms456290.pdf> DOI: 10.1177/0886260509340539
3. Blay EA. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*. [Internet]. 2003; 17(49):87-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18398.pdf> DOI: 10.1590/S0103-40142003000300006
4. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev. Saude Publica*. [Internet]. 2006; 40(2):256-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28530.pdf> DOI: 10.1590/S0034-89102006000200011
5. Crane CA, Samuel W, Hawes SW, Weinberger AH. Weinberger. Intimate Partner Violence Victimization and Cigarette Smoking: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*. [Internet]. 2013;14(4):305–15. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3784627/pdf/nihms-493836.pdf> DOI: 10.1177/1524838013495962
6. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009;43(2):299-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n2/7172.pdf> DOI: 10.1590/S0034-89102009005000013
7. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-69. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
8. Godbout N, Dutton DG, Lussier Y, Sabourin S. Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*. 2009; 16(3):365-84. DOI:10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x
9. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002;359(9315):1423-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08357-5.
10. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2005;39(5):695-701. Disponível

- em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26287.pdf> DOI: 10.1590/S0034-89102005000500001
11. Oliveira AR, D'Oliveira AFPL. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2008;42(5):868-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6805.pdf> DOI: 10.1590/S0034-89102008000500012.
 12. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Brasília: OMS/Opas; 2012.
 13. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/Opas; 2002.
 14. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2012;46(2):351-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3137.pdf> DOI: 10.1590/S0034-89102012005000019
 15. Paradis AD, Reinherz HZ, Giaconia RM, Beardslee WR, Ward K, Fitzmaurice GM. Long-term impact of family arguments and physical violence on adult functioning at age 30 years: Findings from the Simmons Longitudinal Study. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*. 2009;48(3):290-8. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181948fdd
 16. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2007;41(6):970-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32338/34515> DOI: 10.1590/S0034-89102007000600012
 17. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006; 22(2):425-437. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/20.pdf> DOI: 10.1590/S0102-311X2006000200020.
 18. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2007;41(3):359-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5820.pdf> DOI: 10.1590/S0034-89102007000300006
 19. Schraiber LB, Latorre MRDO, França I, Segri NJ, D'Oliveira AF. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev. Saude Publica*. [Internet]. 2010;44(4):658-66. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n4/09.pdf> DOI: 10.1590/S0034-89102010000400009

20. Silva IV. Violência contra as mulheres: a experiências de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde pública*. [Internet]. 2003; 19(Suppl 2): S263-S272 Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19s2/a08v19s2.pdf> DOI: 10.1590/S0102-311X2003000800008
21. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2007;11(21):93-103. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a09.pdf> DOI: 10.1590/S1414-32832007000100009
22. Vale SLL, Medeiros CMR, Cavalcanti CO, Junqueira CCS, Sousa LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. *Rev. RENE*. [Internet]. 2013;14(4):683-93. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/1123-7731-1-PB.pdf>
23. Vieira EM, Perdoná GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2011; 45(4):730-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2647.pdf> DOI: 10.1590/S0034-89102011005000034
24. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: FLACSO; 2015.
25. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

Tabelas

Tabela 1 – Prevalência das violências contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo, nos últimos 12 meses, de acordo com as características sociodemográfica, comportamentais, experiência familiar e de vida. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

Características sociodemográfica	N(%)	Violência Psicológica		Violência física		Violência Sexual	
Idade (anos)		P (IC 95%)	Valor de p	P (IC 95%)	Valor de p	P (IC 95%)	Valor de p
20-29	285 (28,8)	24,6 (19,9-29,9)	0,321	12,3 (8,9-16,6)	0,137	3,9 (2,1-6,8)	0,313
30-39	306 (30,9)	28,8 (23,9-34,1)		11,1 (8,0-15,2)		5,9 (3,7-9,1)	
40-49	225 (22,7)	21,8(16,8-27,7)		7,6 (4,7-11,8)		5,8 (3,4-9,7)	
50-59	175 (17,6)	25,1 (19,2-32,1)		6,9 (3,9-11,7)		8,0 (4,8-13,1)	
Cor da pele*							
Branca	215 (22,5)	23,7(18,5-29,9)	0,598	5,6 (3,2-9,6)	0,051	6,0 (3,5-10,1)	0,933
Parda	503 (52,5)	26,6 (22,9-30,7)		10,9 (8,5-14,0)		5,4 (3,7-7,7)	
Preta	239 (25,0)	23,8 (18,8-29,7)		11,7 (8,2-16,5)		5,4 (3,2-9,1)	
Escolaridade (anos de estudo)							
0-8	303 (30,6)	33,0 (27,9-38,5)	0,000	13,5 (10,1-17,9)	0,011	8,2 (5,6-11,9)	0,019
9 ou mais	688 (69,4)	21,9 (19,0-25,2)		8,3 (6,4-10,6)		4,5 (3,1-6,3)	
Renda familiar (em tercil)							
Primeiro	343 (34,6)	30,3 (25,7-35,4)	0,025	13,7 (10,4-17,8)	0,004	8,7 (6,2-12,2)	0,007
Segundo	318 (32,1)	23,9 (19,5-28,9)		9,7 (6,9-13,5)		4,7 (2,8-7,7)	
Terceiro	330 (33,3)	21,5 (17,4-26,3)		6,1 (3,9-9,2)		3,3 (1,8-5,9)	
Situação conjugal							
Casada	438 (44,2)	24,2 (20,4-28,4)	0,005	8,0 (5,8-10,9)	0,005	4,8 (3,1-7,2)	0,144**
União consensual	295 (29,8)	29,5 (24,5-35,0)		12,2 (8,9-16,5)		7,8 (5,2-11,5)	
Solteira	238 (24,0)	20,2 (15,5-25,8)		8,8 (5,8-13,2)		4,2 (2,3-7,6)	
Divorciada/separada	20 (2,0)	50,0 (28,9-71,1)		30,0 (13,8-53,4)		10,0 (2,4-33,2)	
Católica							
Sim	419 (42,3)	23,1 (19,3-27,4)	0,177	9,5 (7,1-12,8)	0,757	6,0 (4,0-8,7)	0,713
Não	572 (57,7)	26,9 (23,4-30,7)		10,1 (7,9-12,9)		5,4 (3,8-7,6)	
Evangélica							
Sim	480 (48,4)	28,5 (24,7-32,7)	0,024	11,9 (9,3-15,1)	0,042	6,5 (4,6-9,0)	0,286
Não	511 (51,6)	22,3 (18,9-26,1)		8,0 (5,9-10,7)		4,9 (3,3-7,1)	
Experiências familiar e de vida							
Mãe já apanhou de algum parceiro***							
Sim	313 (31,6)	34,5 (29,4-39,9)	0,000	14,1 (10,6-18,4)	0,001	6,4 (4,1-9,7)	0,501
Não	585 (59,0)	19,1 (16,1-22,5)		7,0 (5,2-9,4)		5,3 (3,7-7,4)	
Violência sexual na infância							
Sim	121 (12,2)	42,1 (33,6-51,1)	0,000	14,0 (8,9-21,5)	0,102	11,6(6,9-18,6)	0,003
Não	870 (87,8)	23,0 (20,3-25,9)		9,3 (7,5-11,4)		4,8 (3,6-6,5)	
Características comportamentais							
Dose de bebida alcoólica							
< 2,0	734 (74,1)	24,6 (21,7-27,8)	0,584	8,8 (7,0-11,0)	0,030	5,5 (4,1-7,3)	0,271
2,0 – 4,9	136 (13,7)	26,4 (18,2-36,7)		10,3 (5,4-18,8)		9,2 (4,6-17,4)	
>=5,0	121 (12,2)	28,9 (21,5-37,7)		16,5 (10,9-24,3)		4,1 (1,7-9,6)	
Fumante							
Sim	109 (11,0)	34,9 (26,5-44,3)	0,015	20,2 (13,6-28,8)	0,000	8,3 (4,3-15,2)	0,212
Não	882 (89,0)	24,1 (21,4-27,1)		8,6 (6,9-10,7)		5,3 (4,0-7,0)	
Histórico de uso drogas							
Sim	106 (10,7)	37,7 (29,0-47,4)	0,002	23,6 (16,4-32,6)	0,000	7,5 (3,8-14,4)	0,371
Não	885 (89,3)	23,8 (21,1-26,8)		8,2 (6,6-10,2)		5,4 (4,1-7,1)	

*n=957; **Teste exato de Fisher; ***n=898.

Tabela 2 – Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis sociodemográfica, comportamentais e experiência familiar e de vida sobre a violência psicológica perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

Características sociodemográfica	N	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP bruta (IC 95%)	Valor de p	RP ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)					
20-29	285	1,0		1,0	
30-39	306	1,17 (0,89-1,53)	0,323	1,11 (0,85-1,45)	0,183
40-49	225	0,89 (0,64-1,22)		0,79 (0,57-1,10)	
50-59	175	1,02 (0,74-1,42)		0,95 (0,68-1,34)	
Cor					
Branca	215	1,0		1,0	
Parda	503	1,12 (0,85-1,49)	0,600	0,95 (0,71-1,27)	0,805
Preta	239	1,0 (0,72-1,40)		0,89 (0,64-1,25)	
Escolaridade (em anos de estudo)					
0-8	303	1,50 (1,21-1,86)	0,000	1,45 (1,17-1,80)	0,001
9-11	688	1,0		1,0	
Renda familiar (em reais)					
Primeiro	343	1,41 (1,08-1,83)	0,024	1,14 (0,86-1,53)	0,361
Segundo	318	1,11 (0,83-1,48)		0,96 (0,71-1,29)	
Terceiro	330	1,0		1,0	
Situação conjugal					
Casada	438	1,0	0,002	1,0	0,006
União consensual	295	1,22 (0,96-1,55)		1,17 (0,92-1,49)	
Solteira	238	0,83 (0,61-1,13)		0,85 (0,63-1,14)	
Divorciada ou separada	20	2,07 (1,29-3,30)		1,97 (1,24-3,13)	
Católica					
Sim	419	0,86 (0,69-1,07)	0,180	0,95 (0,73-1,24)	0,727
Não	572	1,0		1,0	
Evangélica					
Sim	480	1,28 (1,03-1,59)	0,025	1,22 (0,98-1,52)	0,079
Não	511	1,0		1,0	
Experiências familiar e de vida					
Mãe já apanhou de algum parceiro***					
Sim	313	1,80 (1,44-2,26)	0,000	1,71 (1,35-2,15)	0,000
Não	585	1,0		1,0	
Violência sexual na infância					
Sim	121	1,83 (1,44-2,33)	0,000	1,74 (1,32-2,28)	0,000
Não	870	1,0		1,0	
Características comportamentais					
Dose de bebida alcoólica					
< 2,0	734	1,0	0,574	1,0	0,837
2,0 – 4,9	136	1,07 (0,74-1,55)		1,13 (0,76-1,67)	
>=5,0	121	1,17 (0,86-1,59)		1,02 (0,72-1,44)	
Fumante					
Sim	109	1,44 (1,09-1,91)	0,011	1,23 (0,89-1,69)	0,203
Não	882	1,0		1,0	
Histórico de uso drogas					
Sim	106	1,58 (1,21-2,08)	0,001	1,35 (1,01-1,83)	0,049
Não	885	1,0		1,0	

*n=957; ***n=898.

Tabela 3 – Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis sociodemográfica, comportamentais, experiência familiar e de vida sobre a violência física perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

Características sociodemográfica	N	Análise bruta		Análise ajustada	
Idade (anos)		RP bruta (IC 95%)	Valor de p	RP ajustada (IC 95%)	Valor de p
20-29	285	1,0		1,0	
30-39	306	0,90 (0,58-1,41)	0,149	0,86 (0,55-1,35)	0,046
40-49	225	0,61 (0,35-1,07)		0,52 (0,29-0,92)	
50-59	175	0,56 (0,30-1,05)		0,50 (0,26-0,94)	
Cor*					
Branca	215	1,0		1,0	
Parda	503	1,96 (1,07-3,58)	0,063	1,58 (0,86-2,93)	0,168
Preta	239	2,10 (1,09-4,02)		1,86 (0,98-3,54)	
Escolaridade (em anos de estudo)					
0-8	303	1,63 (1,12-2,38)	0,011	1,79 (1,21-2,66)	0,003
9 ou mais	688	1,0		1,0	
Renda familiar (em reais)					
Primeiro	343	2,26 (1,37-3,73)	0,005	1,42 (0,82-2,46)	0,418
Segundo	318	1,60 (0,94-2,76)		1,18 (0,67-2,09)	
Terceiro	330	1,0		1,0	
Situação conjugal					
Casada	438	1,0		1,0	
União consensual	295	1,53 (0,98-2,37)	0,003	1,27 (0,81-1,99)	0,009
Solteira	238	1,10 (0,66-1,85)		1,04 (0,63-1,74)	
Divorciada ou separada	20	3,75 (1,79-7,88)		3,49 (1,65-7,35)	
Católica					
Sim	419	0,94 (0,64-1,38)	0,758	1,30 (0,84-2,01)	0,232
Não	572	1,0		1,0	
Evangélica					
Sim	480	1,48 (1,01-2,17)	0,044	1,37 (0,92-2,03)	0,116
Não	511	1,0		1,0	
Experiências familiar e de vida					
Mãe já apanhou de algum parceiro***					
Sim	313	2,0 (1,34-3,00)	0,001	1,63 (1,08-2,46)	0,021
Não	678	1,0		1,0	
Violência sexual na infância					
Sim	121	1,51 (0,93-2,46)	0,098	1,40 (0,83-2,37)	0,203
Não	870	1,0		1,0	
Características comportamentais					
Dose de bebida alcoólica					
< 2,0	734	1,0	0,027	1,0	0,738
2,0 – 4,9	136	1,17 (0,61-2,27)		1,25 (0,62-2,51)	
>=5,0	121	1,87 (1,18-2,97)		1,16 (0,67-2,01)	
Fumante					
Sim	109	2,34 (1,52-3,60)	0,001	1,57 (0,95-2,60)	0,076
Não	882	1,0		1,0	
Histórico de uso drogas					
Sim	106	2,85 (1,90-4,30)	0,000	2,40 (1,54-3,76)	0,000
Não	885	1,0		1,0	

*n=957; ***n=898.

Tabela 4 – Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis sociodemográfica, comportamentais, experiência familiar e de vida sobre a violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

Características sociodemográfica	N	Análise bruta		Análise ajustada	
Idade (anos)		RP bruta (IC 95%)	Valor de p	RP ajustada (IC 95%)	Valor de p
20-29	285	1,0	0,325	1,0	0,113
30-39	306	1,52 (0,73-3,17)		1,56 (0,75-3,22)	
40-49	225	1,50 (0,68-3,28)		1,69 (0,78-3,68)	
50-59	175	2,07 (0,96-4,46)		2,53 (1,20-5,37)	
Cor*					
Branca	215	1,0		1,0	0,484
Parda	503	0,89 (0,47-1,69)	0,933	0,68 (0,35-1,30)	
Preta	239	0,90 (0,43-1,90)		0,70 (0,34-1,48)	
Escolaridade (em anos de estudo)					
0-8	303	1,83 (1,10-3,05)	0,020	1,21 (0,70-2,08)	0,487
9 ou mais	688	1,0		1,0	
Renda familiar (tercis)					
Primeiro	343	2,62 (1,34-5,15)	0,009	2,99 (1,52-5,90)	0,003
Segundo	318	1,41 (0,66-3,03)		1,59 (0,74-3,40)	
Terceiro	330	1,0		1,0	
Situação conjugal					
Casada	438	1,0		1,0	
União consensual	295	1,63 (0,92-2,88)	0,195	1,56 (0,87-2,80)	0,239
Solteira	238	0,88 (0,42-1,83)		0,80 (0,38-1,68)	
Divorciada ou separada	20	2,08 (0,52-8,29)		1,72 (0,48-6,22)	
Católica					
Sim	419	1,10 (0,66-1,84)	0,713	1,05 (0,54-2,05)	0,875
Não	572	1,0		1,0	
Evangélica					
Sim	480	1,32 (0,79-2,20)	0,288	1,23 (0,74-2,04)	0,427
Não	511	1,0		1,0	
Experiências familiar e de vida					
Mãe já apanhou de algum parceiro***					
Sim	313	1,20 (0,70-2,08)	0,501	1,09 (0,63-1,87)	0,763
Não	585	1,0		1,0	
Violência sexual na infância					
Sim	121	2,40 (1,35-4,26)	0,003	2,43 (1,38-4,29)	0,002
Não	870	1,0		1,0	
Características comportamentais					
Dose de bebida alcoólica					
< 2,0	734	1,0	0,272	1,0	0,111
2,0 – 4,9	136	1,67 (0,81-3,44)		1,94 (0,94-4,00)	
>=5,0	121	0,75 (0,30-1,86)		0,68 (0,27-1,68)	
Fumante					
Sim	109	1,55 (0,78-3,07)	0,210	1,41 (0,70-2,84)	0,328
Não	882	1,0		1,0	
Histórico de uso de drogas					
Sim	106	1,39 (0,68-2,86)	0,369	1,07 (0,51-2,25)	0,857
Não	885	1,0			

*n=957; ***n=898.

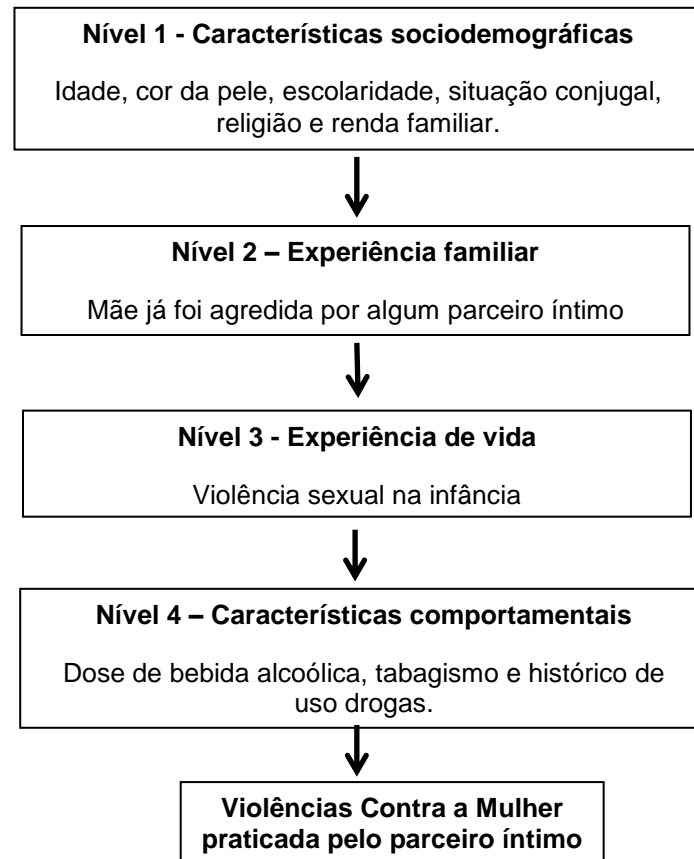
Figura

Figura 1 - Modelo hierárquico das relações entre os fatores de risco para o desfecho das Violências Contra a Mulher praticada pelo parceiro íntimo.

ARTIGO 2

Está nas normas da Revista científica Cadernos de Saúde Pública

Implicações das violências contra as mulheres sobre o rastreamento do câncer de colo do útero

Implications of violence against women on the screening of cervical cancer

Franciéle Marabotti Costa Leite

Maria Helena Costa Amorim

Cândida Caniçali Primo

Denise Petrucci Gigante

Artigo Original

Resumo

Objetivo: verificar a associação entre a não realização do exame citopatológico nos últimos três anos e a experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo. **Método:** estudo transversal em 26 unidades de saúde do município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. A amostra foi constituída por 991 usuárias do serviço de atenção primária. Na entrevista foram coletados dados sobre o rastreamento para câncer de colo do útero, além da caracterização sociodemográfica, comportamental, obstétrica e ginecológica das mulheres, e foi aplicado o instrumento recomendado pela Organização Mundial da Saúde para identificar a experiência de violência. A análise foi realizada por teste de associação do qui-quadrado, tendência linear para variáveis ordinais e análise de regressão de *Poisson* bruta e ajustada com variância robusta. **Resultados:** mulheres que sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses estão mais propensas a ter o exame de Papanicolaou em atraso ($p = 0,002$). Vítimas de violência sexual e física têm, respectivamente, 1,53 e 1,44 vezes mais prevalência de não realização do exame quando comparadas às não vítimas. **Conclusão:** os resultados colocam as mulheres vítimas de violência como grupo vulnerável à não realização do Papanicolaou.

Palavras-chave: Mulheres Maltratadas; Violência Contra a Mulher. Violência Doméstica. Teste de Papanicolaou; Esfregaço Vaginal.

Abstract

Objective: To verify the association between the absence of the cytopathology screening test in the past three years and the experience of perpetrated by the intimate partner. **Method:** This is a transversal study done in 26 Healthcare Units in the municipality of Vitoria, Espirito Santo, Brazil. The sample constituted of 991

Primary Care Services users. Cervical Cancer, as well as social, demographic, behavioural, obstetrics and gynaecological data was collected through interviews applying the WHO recommended form to identify the experience of violence. The analysis was done using chi-square association test, linear tendency for ordinal variables, and gross and adjusted Poisson regression analysis with robust variance. **Results:** Women who suffered some type of violence in the previous 12 months are more prone to have their cytopathology test due late ($p=0.002$). Sexual and physical violence victims have, respectively, 1.53 and 1.44 times more prevalence of not doing the test when compared to non-victims. **Conclusion:** The results put women who are victims of violence as a group that is vulnerable to not doing the cytopathology test.

Key words: Battered Women; Violence Against Women; Domestic Violence; Papanicolaou Test; Vaginal Smears.

Introdução

Mundialmente, o câncer do colo do útero corresponde ao quarto tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres e o sétimo, na população em geral. Para o ano de 2012, estimou-se a ocorrência de aproximadamente 528 mil novos casos deste tipo de câncer, responsáveis pela ocorrência de 266 mil óbitos femininos, representando 7,5% de todas as mortes por câncer no sexo feminino. Cerca de nove em cada dez (87%) mortes por essa neoplasia ocorrem nas regiões menos desenvolvidas. As taxas de mortalidade variam de menos de 2 por 100.000 na Ásia Ocidental, na Europa Ocidental e na Austrália para mais de 20 por 100.000 na Melanésia (20,6) e na África Oriental (27,6) ¹.

No Brasil, esperam-se 16.340 novos casos de câncer de colo do útero para o ano de 2016, com taxa de cerca de 16 casos para cada 100.000 mulheres, sendo o terceiro tipo de câncer mais frequente e ocupando a primeira posição entre as mulheres da região Norte. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, enquanto o câncer de mama é o de maior frequência, e a terceira e quarta posições nas regiões sudeste e sul, respectivamente².

O diagnóstico e o rastreamento dessa neoplasia são as principais estratégias utilizadas para a detecção precoce do tumor. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomenda a realização do exame citológico do colo do útero, também conhecido como exame de Papanicolaou, com intervalo de três anos, quando houver dois exames negativos em intervalo de um ano. A mulher que já iniciou a atividade sexual

deve realizar a primeira coleta do exame aos 25 anos de idade e, a seguir, até os 64 anos, podendo ser interrompido quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos².

A não realização do Papanicolaou está associada à idade, à situação conjugal, à escolaridade e à renda³. Além destes, as questões culturais, como receio da dor, vergonha, desconhecimento do procedimento, local de realização e não permissão do parceiro para que a mulher realize o exame são causas de resistência ao exame⁴. Nesse contexto, vale destacar a vivência da violência que está associada ao rastreamento do câncer de colo do útero. Estudo conduzido nos Estados Unidos sugere menor realização do exame preventivo em vítimas de violência⁵. Por outro lado, pesquisa de base populacional com mulheres de 18 anos ou mais de idade aponta, entre as vítimas de violência, chance duas vezes maior de realização do exame de Papanicolaou (OR: 2,05; IC95%: 1,3-3,3)⁶.

A violência contra a mulher constitui agravo de saúde pública que atinge cerca de um terço de mulheres no mundo, e tem o parceiro íntimo como o principal perpetrador⁷. Apesar do restrito número de estudos acerca da relação com o rastreamento do câncer de colo do útero, uma associação entre a violência por parceiro íntimo e problemas de saúde, como distúrbios cardiovasculares, gastrointestinais, aumento de queixa de dores e fadiga é apontada por alguns autores⁸⁻⁹. Isso sugere ser o setor de saúde, muitas vezes, o local onde as mulheres recorrem devido aos agravos resultantes da violência, o que o torna um espaço propício para o acolhimento às vítimas, possibilitando a redução de traumas, sequelas e visando o rompimento do ciclo.

Enfim, falar da violência contra a mulher e o impacto que esse fenômeno traz para a saúde desse grupo vitimizado é de grande relevância, não apenas pela complexidade e número reduzido de estudos disponíveis, mas pelo fato da violência contra a mulher poder estar associada à principal estratégia de detecção precoce da neoplasia do colo do útero, o Papanicolaou, exame que contribui na redução da incidência, mortalidade e sequelas físicas, sociais e psicológicas à mulher¹⁰. Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo verificar a associação entre a não realização do exame citopatológico nos últimos três anos e a experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo.

Método

Este estudo transversal foi conduzido em 26 Unidades de Saúde (US) do município de Vitória, Espírito Santo (ES) que possuíam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Programa de Agentes Comunitários (PACS). No período de março a setembro de 2014, foram convidadas a participar do estudo todas as usuárias do serviço que se encontravam na faixa etária de 20 a 59 anos e possuíam parceiro íntimo nos 12 meses anteriores à data da entrevista. Parceiro íntimo foi definido como o companheiro ou ex-companheiro, independente de união formal, e namorados atuais, desde que mantendo relações sexuais. Às mulheres elegíveis foi explicada a pesquisa e solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Logo após era iniciada a entrevista, de forma individual em local reservado na US, por entrevistadoras devidamente treinadas. A pesquisa também contou com supervisoras, que deram suporte ao trabalho de campo, com acompanhamento diário e realização de controle da qualidade em 10% das entrevistas realizadas. Ao final de cada entrevista era entregue o folder do Instituto Nacional do Câncer contendo toda orientação de prevenção e promoção do rastreamento do câncer de colo de útero, além de um folder elaborado pelos autores da pesquisa contendo os principais serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência, no município de Vitória, o qual foi distribuído às participantes do estudo, como material educativo e de suporte, independente de relatos de violência. Encaminhamentos aos serviços especializados da região para o atendimento às vítimas de violência foram realizados em situações necessárias, claramente explicitadas.

Para a definição do desfecho, adotou-se a orientação do Ministério da Saúde para a realização do exame de rastreamento do câncer de colo do útero: dois exames anuais consecutivos negativos, com a repetição após três anos¹¹. Desse modo, denominou-se a variável dependente “exame citopatológico em atraso”, definido como exame não realizado nos últimos três anos do momento da entrevista.

Para identificação das exposições de interesse, a vivência de violências praticadas pelo parceiro íntimo (VPPI) nos 12 meses anteriores à entrevista, foi utilizado o instrumento intitulado “World Health Organization Violence Against Women” (WHO VAW STUDY), que tem por objetivo discriminar as diferentes formas de violência

contra mulheres em seus domínios psicológico, físico e sexual. Esse instrumento possui 13 questões relacionadas à violência, com capacidade de discriminar as diferentes formas em contextos sociais diversos, sendo abrangente e relativamente curto. Foi validado para o português e considerado com elevada consistência interna. As violências psicológica, sexual e física foram consideradas presentes quando a mulher respondeu sim a um dos itens do instrumento, sendo considerada violência geral se tivesse vivenciado pelo menos um dos três tipos de violência¹².

Considerando qualquer tipo de violência como exposição e suas associações com o desfecho, para o cálculo do tamanho da amostra, adotou-se um nível de confiança de 95%, poder de 80% e razão exposto/não exposto de 0,4/0,6, admitindo uma prevalência de não realização de Papanicolaou em torno de 20% e um risco relativo de aproximadamente 1,2. Para possíveis perdas foram acrescidos 10% e 30% para análises ajustadas. Com base nesses dados deveriam ser incluídas no estudo 998 mulheres selecionadas em todas as unidades de saúde do município que possuíam ESF e/ou PACS. A população total era de 83.160 mulheres entre 20 a 59 anos, variando entre 858 e 12.189 a população segundo a US. A coleta de dados foi realizada por meio da amostragem proporcional ao número de mulheres cadastradas na US e variou entre no mínimo de 10 e máximo de 146 entrevistadas.

As análises foram realizadas com o pacote estatístico STATA 13.0. Nas análises bivariadas foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson e de tendência linear para investigar as associações de possíveis fatores de confusão com a exposição e desfecho, sendo este último utilizado somente com variáveis ordinais. A regressão de Poisson robusta foi utilizada nas análises, com entrada das variáveis no modelo se valor de $p < 0,20$ na análise bivariada, através da seleção para trás, e permanência no modelo se $p < 0,05$. Foram utilizados dois modelos preditivos nas análises ajustadas: modelo 1 (ajuste para as variáveis sociodemográficas); e modelo 2 (ajuste para variável sociodemográfica, comportamental e obstétrica). Como medida de efeito utilizou-se razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (Parecer 470.744).

Resultados

Participaram do presente estudo 991 mulheres, sendo que não foram entrevistadas sete mulheres elegíveis para o estudo que se recusaram a responder o questionário, resultando em uma perda de 0,7%. Ao caracterizar as participantes, nota-se que a maior parte encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos (31%), se declararam pardas (53%), tem mais de oito anos de estudo (70%), são casadas (44%) e um terço recebe menos de R\$ 1.500,00 por mês. Quanto às variáveis comportamentais, aproximadamente 35% ingere bebida alcoólica, 11% é fumante e esse mesmo percentual de mulheres tem histórico de uso de drogas. Verifica-se que a primeira menstruação ocorreu aos 13 anos ou mais para 58% das entrevistadas, 55% não faz uso atual de método contraceptivo e aproximadamente a metade das mulheres entrevistadas teve entre uma ou duas gestações. Para a grande maioria, a primeira relação sexual ocorreu aos 15 anos ou mais de idade e teve, nos últimos 12 meses, um parceiro sexual.

Quanto à prevalência de atraso na realização do citopatológico, verifica-se que 181 (18%) não realizaram o exame nos últimos três anos. Ao avaliar os possíveis fatores associados ao desfecho, constata-se maior frequência de não realização do citopatológico no grupo de mulheres mais jovens (20 a 29 anos), com até oito anos de escolaridade, que referem união consensual e pertencem ao grupo de menor renda. Maiores prevalências de não realização do exame nos últimos três anos também são observadas nas mulheres cuja coitarca ocorreu antes dos 15 anos de idade e tiveram dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses anteriores à entrevista ($p < 0,05$). Embora não existam diferenças significativas nas prevalências de atraso no citopatológico em relação às variáveis fumo, uso de drogas e número de gestações, essas apresentaram $p < 0,20$ nas associações com o desfecho e, portanto, foram consideradas na análise ajustada (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a associação entre os diferentes tipos de violência vivenciados nos últimos 12 meses e a não realização do exame citopatológico nos últimos três anos. Maiores prevalências no exame citopatológico em atraso são observadas entre as mulheres que sofreram algum tipo de violência.

De acordo com a análise bruta, mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, nos últimos 12 meses, independente do tipo de violência sofrida, têm maiores frequências de não realização do Papanicolaou nos últimos três anos quando comparadas àquelas que não relataram sofrer nenhum tipo de agressão (Tabela 3).

Na análise ajustada, nota-se para a violência psicológica que, ao ajustar para as variáveis sociodemográficas (escolaridade, situação conjugal e renda), apesar da mudança no efeito, estar exposta à violência psicológica permaneceu associada à não realização do exame. Por outro lado, quando realizado o ajuste pelo modelo 2 (escolaridade, situação conjugal, renda, fumo, drogas, número de gestação, coitarca e número de parceiros), constata-se que a associação entre a violência psicológica e o não rastreamento do Papanicolaou desaparece ($p = 0,101$) (Tabela 3).

Em relação às implicações da violência sexual e física no rastreamento do câncer de colo do útero, nota-se após o ajuste pelo modelo 1 (idade, escolaridade, situação conjugal e renda), declínio na medida bruta, demonstrando que as variáveis sociodemográficas estavam confundindo positivamente. Nesse mesmo sentido, no ajuste final, também se observou diminuição na medida de efeito, sugerindo que a associação estava sendo distorcida pelas variáveis ginecológica e obstétrica. Todavia, vale destacar que mesmo após o controle de todos os fatores de confusão as associações permaneceram significativas ($p < 0,05$), ou seja, mulheres vítimas de violência sexual e física pelo parceiro íntimo têm, respectivamente, 53% e 44% maiores prevalências de não realização do Papanicolaou nos últimos três anos que aquelas não vitimizadas (Tabela 3).

Por fim, as análises permitem constatar após os ajustes para os modelos 1 (escolaridade, situação conjugal e renda) e 2 (escolaridade, situação conjugal, renda, fumo, uso de drogas, coitarca, número de gestação e parceiros) que vivenciar violências praticadas pelo parceiro íntimo tornam a mulher mais propensa a ter o seu exame de Papanicolaou em atraso. Observa-se que a cada dez mulheres que foram vítimas de algum tipo de violência no último ano, quatro não estão com o Papanicolaou em dia, ou seja, não realizaram o exame de prevenção do câncer de colo do útero nos últimos três anos (Tabela 3).

Discussão

A estratégia mais frequentemente adotada para prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero é a realização periódica do exame de Papanicolaou. A elevada cobertura desse exame é o componente mais importante, no âmbito da atenção primária à saúde, pois possibilita o tratamento oportuno e seguimento dos pacientes, reduzindo assim a incidência e mortalidade por esta neoplasia¹¹.

O presente estudo demonstra que nos últimos três anos, 18% das usuárias dos serviços de saúde do município de Vitória, na faixa etária de 20 a 59 anos, não realizaram o exame preventivo do câncer de colo do útero. Esse resultado guarda semelhanças com outro estudo¹³ e mostra que os serviços de saúde do município têm alcançado a meta estabelecida pelo Programa Nacional de Prevenção do Câncer Cervical, que propõe cobertura de citopatológico a 80 a 85% da população feminina com um teste a cada três anos¹¹.

Vale considerar que, apesar dos resultados encontrados sugerirem que expressiva parcela das mulheres tem realizado o teste Papanicolaou com intervalo de tempo máximo recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, determinados grupos apresentam menor frequência de realização do exame, indicando a influência de outros fatores nas ações de prevenção de câncer de colo uterino.

Mulheres mais jovens apresentam maior frequência de citopatológico em atraso, dado também verificado por outros autores^{3,13-15}. Esse achado é de certo modo preocupante, considerando que conforme preconizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o início da coleta do Papanicolaou é a partir dos 25 anos¹¹. Além disso, apesar da maior incidência do câncer de colo do útero ocorrer na faixa de 40 aos 49 anos de idade, a faixa de idade para detecção precoce é dos 20 aos 29 anos, que corresponde ao pico de incidências das lesões precursoras da doença e antecede ao pico de mortalidade pelo câncer¹⁶.

Outra questão relevante é a associação da prevalência de não realização do Papanicolaou nos últimos três anos com a situação conjugal da mulher. Em pesquisa realizada em Florianópolis, Santa Catarina, mulheres solteiras apresentaram maior prevalência de exames em atraso.¹⁵ Já, no presente estudo, observou-se, maior percentual de não realização do exame entre as mulheres que

vivem com o companheiro, mas não são casadas, ou seja, possuem união consensual. Esse resultado pode estar relacionado a aspectos como submissão dessas mulheres aos companheiros¹⁷, assim como à ideia de que a união estável estabelece um obstáculo para a multiplicidade de parceiros, e, conseqüentemente, fornece à mulher um grau de imunidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST), o que não se constitui em verdade¹⁸.

Assim como observado em estudo realizado em Feira de Santana, Bahia, mulheres com menor escolaridade e renda também apresentaram maior prevalência de não realização do Papanicolaou¹⁹. Em relação aos aspectos ginecológicos pesquisados, verifica-se maior frequência de atraso no exame entre as mulheres que tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos e mais de dois parceiros sexuais no ano anterior à entrevista. Esses resultados são particularmente graves, pois sabe-se que o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, a baixa escolaridade e a renda são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo do útero²⁰. Desse modo, esses achados revelam que o grupo de maior risco para o desenvolvimento dessa neoplasia são as mulheres mais vulneráveis à não realização do exame.

No Brasil, até onde se tem conhecimento, este é o primeiro estudo epidemiológico com usuárias da atenção primária, que avalia a associação entre a violência por parceiro íntimo e a não realização do exame de Papanicolaou. Os resultados são extremamente preocupantes, e revelam que mulheres vítimas de violências praticadas pelo parceiro íntimo são mais propensas a ter seu exame de Papanicolaou em atraso. Mesmo após o controle para os fatores de confusão, verifica-se dentre as vítimas de violência sexual e física maiores prevalências de não realização do exame nos últimos três anos ($p < 0,05$). E apesar da não associação com a violência psicológica, vale destacar que 26% das vítimas desse tipo de abuso estão com exames preventivos do câncer de colo do útero atrasados ($p = 0,101$).

É importante interpretar com cautela as estimativas apresentadas, já que os dados considerados na realização do presente estudo são de mulheres usuárias de serviços de atenção primária em saúde de um único município brasileiro e não representam a população de mulheres como um todo. Dessa maneira, a generalização dos resultados deve ser feita com cautela. Porém isso deve ser

considerado especialmente quando se analisam as prevalências dos desfechos e das exposições, uma vez que não se faz necessária a realização de estudo de base populacional para a investigação de associações. Ainda, como possível limitação no presente estudo, deve-se considerar a possibilidade de viés recordatório, já que as mulheres tendem a subestimar o tempo desde a última realização do teste de Papanicolaou. Entretanto, cabe destacar que o autorrelato é bastante utilizado em pesquisas nacionais e internacionais, as quais foram utilizadas na comparação e na discussão dos resultados do presente estudo.

Não foram encontrados estudos no Brasil acerca da associação entre violência contra a mulher e o rastreamento da neoplasia do colo do útero. Internacionalmente os estudos publicados ainda são poucos e apresentam diferenças metodológicas, o que pode justificar as diferenças entre as estimativas e as associações apresentadas. Estudo americano, de base populacional, com mulheres com idade entre 18 a 45 anos, demonstrou que a violência perpetrada pelo parceiro íntimo não esteve associada à realização do exame Papanicolaou ($p = 0,623$)²¹. Nesse mesmo sentido, pesquisa com 101 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, cervical, endometrial ou ovário, também mostrou não haver diferença no rastreamento do câncer de colo do útero entre mulheres vítimas e não vítimas ($p = 0,062$)²². Ainda no mesmo sentido, estudo de base populacional realizado com mulheres na Austrália não encontrou associação significativa entre a violência contra as mulheres e o rastreamento do câncer de colo de útero (OR: 1,18; IC95%: 0,99-1,40)²³. Destaca-se que as associações estiveram próximas ao limiar da significância, nesses dois últimos estudos.

Em contraponto, outros estudos estabeleceram uma relação entre ser vítima e a prática do exame. Mulheres que tiveram experiência de violência física e/ou sexual praticada por parceiro íntimo apresentaram cerca de duas vezes mais chance de ter realizado o Papanicolaou (OR: 2,05; IC95%: 1,26–3,31)²⁴ e chance um pouco maior de realização de Papanicolaou para as mulheres que sofreram violência física por parceiro íntimo (OR: 2,39; IC95%: 1,01-5,70) provenientes de estudo transversal²⁵.

Apesar das diferenças metodológicas, particularmente no que tange à mensuração da violência, e sendo esta considerada como evento complexo, os resultados do presente estudo são convergentes em relação às evidências relatadas por alguns

autores^{5-6,26}. Estudo com usuárias dos serviços de saúde com idade entre 40 e 74 anos, vítimas de abuso emocional, comparadas às vítimas de abuso físico e/ou sexual, apresentam 87% menos chance de estar em dia com o exame Papanicolaou (OR: 0,13; IC95%, 0,02 a 0,86)²⁶. Mulheres abusadas sexualmente antes dos 18 anos também apresentaram menor probabilidade de realizar o rastreamento do câncer de colo do útero (35% vs. 51%, n = 694, P = 0,009)⁵. Em estudo de coorte em mulheres com resultado alterado do teste Papanicolaou, verificou-se um risco 70% maior de descontinuidade do acompanhamento do citopatológico entre as vítimas de violência física grave (RR: 1,7; IC95%: 1,3 a 2,2)⁶.

Embora mulheres expostas à violência acessem mais frequentemente os serviços de saúde, por conta das demandas físicas, em especial as dores²⁷, o acesso muitas vezes não implica no recebimento de serviços preventivos recomendados²¹. A vivência da violência, em especial a sexual, pode restringir a busca da consulta ginecológica pela mulher, por vergonha ou medo de retaliação por parte do parceiro, ou ainda por ameaça de desvelamento da violência sofrida. O exame ginecológico entre as vítimas, sobretudo se for realizado sem explicação do procedimento e do seu sentido, de forma fria e descuidada, pode se tornar um momento de revivescência da experiência dolorosa do episódio de violência. Dessa forma, em vez de constituir-se num espaço de acolhimento à mulher, a consulta ginecológica pode potencializar o sentimento de medo e rejeição ao exame²⁸.

Cabe ainda considerar que, além do aumento do risco de lesão física e de danos à saúde mental⁸⁻⁹, a violência praticada pelo parceiro íntimo, em especial a violência sexual, faz com que a mulher vivencie situações de relações sexuais muitas vezes forçadas e desprotegidas²⁹, tornando a vítima mais predisposta ao maior risco de doenças sexualmente transmissíveis (DST)³⁰, como o HPV, que está associado a um risco aumentado da neoplasia do colo do útero²⁰.

Enfim, apesar de complexa, a interação entre mulheres em situação de violência e a utilização de serviços preventivos, é fato que tal interação possa ser dependente do tipo e da gravidade de violência vivenciada. Todas as formas de violência têm consequências que ultrapassam a esfera da saúde física, repercutindo também na saúde mental das vítimas e, consequentemente, incapacitando o cuidado de si e de

outros, podendo imprimir uma busca diminuída por cuidados preventivos em saúde²⁸.

Desse modo, diante do contexto, e considerando os riscos as quais está exposta a mulher vítima de violência, o serviço de saúde tem papel importante na promoção de ações de prevenção e rastreamento dos casos de violência contra a mulher, bem como na oferta dos serviços preventivos. Os profissionais devem imprimir esforços de modo a alcançar essas mulheres e, assim, promover a oportunidade do rastreamento e da assistência de qualidade, bem como desenvolver nessas usuárias atitudes de procura pelos serviços preventivos de saúde.

Conclui-se que a hipótese do presente estudo foi confirmada, uma vez que houve associação entre a não realização do exame citopatológico nos últimos três anos e a experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo. Apesar de ainda serem poucas as evidências acerca dessa associação, os resultados revelam ser necessário que o serviço de saúde esteja atento às mulheres vitimizadas que se constituem no grupo de maior vulnerabilidade para a não realização do Papanicolaou. Sugere-se ainda que novos estudos sejam realizados a fim de fortalecer o entendimento acerca da relação entre a vitimização e a busca pelos serviços de saúde preventivos, bem como o impacto da violência na saúde de suas vítimas.

Referências

1. GLOBOCAN. Estatística 2012. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. Acesso em: 15 de Jan. 2015
2. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Prevenção e vigilância. Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA; 2015.
3. Borges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. 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 2012; 28(6):1156-1166.
4. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009; 13(2):378-384.
5. Farley M, Golding JM, Minkoff JR. Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? J Fam Pract 2002;51(10):827-831.
6. Coker AL, Bond SM, Pirisi LA. Life Stressors Are an Important Reason for Women Discontinuing Follow-up Care for Cervical Neoplasia. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15(2):321-25.
7. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
8. Kernic MA, Wolf ME, Holt, VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. Am J Public Health 2000;90(9):1416-20.
9. Coker AL, Smith PH, Betha L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med 2000;9(5):451-7.
10. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHC. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(3):417-426.
11. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações estratégicas. Divisão de apoio à Rede de Atenção oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
12. Schraiber LB, Latorre Mor, França I, Segri NJ, D'Oliveira AF. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. Rev Saude Publica 2010;44(4):658-666.
13. Hackenhaar AA, Cesar JA, Domingues MR. 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 2006; 9(1):103-111.

14. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não-realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(3):325-34.
15. Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(7):1312-1322.
16. Casarin MR, Piccoli JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(9):3925-3932.
17. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes, prática do exame de Papanicolaou entre as mulheres argentinas. *Revista Saúde Pública Rio de Janeiro* 2005;39(2):270-276.
18. Rodrigues Neto JF, Figueiredo MFS, Siqueira LG. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. *Rev. Eletr. Enf* 2008;10(3):610-621.
19. Andrade MS, Almeida MMG, Araújo TM, Santos KOB. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2014; 23(1):111-20.
20. Pinto AP, Tulio S, Cruz OR. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48(1):73-78.
21. McCall-Hosenfeld JS, Chuang CH, Weisman CS. Prospective association of intimate partner violence with receipt of clinical preventive services in women of reproductive age. *Womens Health Issues* 2013; 23(2):109-116.
22. Modesitt SC, Gambrell AC, Cottrill HM et al. Adverse impact of a history of violence for women with breast, cervical, endometrial or ovarian cancer. *Obstetrics & Gynecology* 2006;107(6):1330-1336.
23. Loxton D, Powers J, Schofield M, Hussain R & Hosking S. Inadequate cervical cancer screening among mid aged Australian women who have experienced partner violence. *Prev Med* 2009;48(2):184-188.
24. Brown MJ, Weitzen S, Lapane KL. Association Between Intimate Partner Violence and Preventive Screening Among Women. *Journal of Women's Health* 2013;22(11):947-952.
25. Lemon SC, Verhoek-Oftedahl W, Donnelly EF. Preventive healthcare use, smoking, and alcohol use among Rhode Island women experiencing intimate partner violence. *Journal Womens Health Gend Based Med* 2002;11(6):555-562.
26. Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J, Chen PH. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *Journal of the American Board of family Medicine* 2010;23(3):343-353.
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma técnica Prevenção e tratamento dos

agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

28. Pinho AA, França-Júnior I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003;3(1):95-112.
29. Raj A, Santana MC, La Marche A, Amaro H, Cranston K, Silverman JG. Perpetration of intimate partner violence associated with sexual risk behaviors among young adult men. *Am J Public Health* 2006;96(10):1873–1878.
30. Raj A, Reed E, Welles SL, Santana MC, Silverman JG. Intimate partner violence perpetration, risky sexual behavior, and STI/HIV diagnosis among heterosexual African American men. *Am J Mens Health* 2008;2(3):291–295.

Tabelas

Tabela 1 – Prevalência do exame de Papanicolaou em atraso segundo características sociodemográficas, comportamentais, obstétricas e ginecológicas. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014 (n=991).

Sociodemográficas	N	Nos últimos três anos P (IC 95%)	p- valor
Idade (anos)			
20-29	285 (28,8)	27,7 (22,8-33,2)	0,000*
30-39	306 (30,9)	16,3 (12,6-20,9)	
40-49	225 (22,7)	12,9 (9,1-17,9)	
50-59	175 (17,7)	13,1 (8,9-19,0)	
Raça/cor^a			
Branca	215 (22,5)	16,7 (12,3-22,4)	0,787
Parda	503 (52,6)	18,1 (15,0-21,7)	
Preta	239 (24,9)	19,2 (15,0-24,8)	
Escolaridade (anos completos de estudo)			
0-8	303 (30,6)	22,8 (18,4-27,8)	0,015
Mais de 8	521 (69,4)	16,3 (13,7-19,2)	
Situação conjugal			
Casada	438 (44,2)	12,1 (9,3-15,5)	0,000
Solteira/namorando	238 (24,0)	23,1 (18,2-28,9)	
Separada/divorciada	20 (2,0)	10,0 (2,4-33,2)	
União consensual	295 (29,8)	24,1 (19,5-29,3)	
Tercis de renda familiar			
Primeiro (mais pobre)	343 (34,6)	21,9 (17,8-26,6)	0,013
Segundo	318 (32,1)	19,5 (15,5-24,2)	
Terceiro	330 (33,3)	13,3 (10,1-17,4)	
Comportamental			
Ingere alcoólica (atual)			
Sim	349 (35,2)	19,5 (15,6-24,0)	0,464
Não	642 (64,8)	17,6 (14,8-20,7)	
Fuma (atual)			
Não	721 (72,7)	17,2 (14,6-20,1)	0,161
Sim	109 (11,0)	24,8 (17,5-33,8)	
Ex-fumante	161 (16,3)	18,6 (13,3-25,4)	
Histórico de uso de drogas			
Não	885 (89,3)	17,6 (15,2-20,3)	0,134
Sim	106 (10,7)	23,6 (16,4-32,6)	
Obstétricas e ginecológicas			
Idade da menarca (anos)			
Antes dos 13	418 (42,2)	16,3 (13,0-20,1)	0,165
13 ou mais	573 (57,8)	19,7 (16,6-23,2)	
Uso de método contraceptivo			
Não	449 (45,3)	16,9 (13,7-20,7)	0,321
Sim	542 (54,7)	19,4 (16,2-22,9)	
Número de gestações			
Nenhuma	134 (13,5)	21,6 (15,4-29,4)	0,128
1-2	477 (48,1)	15,7 (12,7-19,3)	
3 ou mais	380 (38,4)	20,3 (16,5-24,6)	
Idade da coitarca (anos)			
Antes dos 15	118 (11,9)	30,5 (22,8-39,4)	0,000
15 ou mais	873 (88,1)	16,6 (14,3-19,2)	
Número de parceiros sexuais no último ano			
1	874 (88,2)	16,4 (14,0-19,0)	0,000
2 ou mais	117 (11,8)	32,5 (24,6-41,5)	

*Valor do P de tendência; **N=957.

Tabela 2 – Prevalência da não realização do exame citopatológico nos últimos três anos de acordo com o tipo de violência vivenciada nos últimos 12 meses. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

VPPI* nos últimos 12 meses	N	P (IC 95%)	Valor de p
Violência psicológica			
Não	740	16,6 (14,1-19,5)	0,022
Sim	251	23,1 (18,3-28,7)	
Violência sexual			
Não	935	17,5 (15,2-20,1)	0,016
Sim	56	30,4 (19,7-43,7)	
Violência física			
Não	893	16,9 (14,6-19,5)	0,001
Sim	98	30,6 (22,2-40,5)	
Violência geral			
Não	717	15,9 (13,4-18,8)	0,002
Sim	274	24,4 (19,7-29,9)	

*Violência por parceiro íntimo

Tabela 3 – Análise bruta e ajustada dos efeitos das violências perpetradas pelo parceiro íntimo, nos últimos 12 meses, e a não realização de exame citopatológico nos últimos três anos. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

Violência nos últimos 12 meses	N	RP bruta (IC 95%)	Valor de p	RP ajustada 1 (IC 95%)	Valor de p	RP ajustada 2 (IC 95%)	Valor de p
Violência psicológica							
Não	740	1,0	0,020	1,0	0,036	1,0	0,101
Sim	251	1,39 (1,05-1,83)		1,35 (1,02-1,77) ^a		1,26 (0,96-1,67) ^b	
Violência sexual							
Não	935	1,0	0,011	1,0	0,016	1,0	0,046
Sim	56	1,73 (1,14-2,63)		1,67 (1,10-2,54) ^c		1,53 (1,01-2,33) ^d	
Violência física							
Não	893	1,0	0,000	1,0	0,011	1,0	0,042
Sim	98	1,81 (1,30-2,52)		1,55 (1,10-2,18) ^c		1,44 (1,01-2,04) ^e	
Violência geral							
Não	717	1,0	0,002	1,0	0,004	1,0	0,016
Sim	274	1,54 (1,18-2,01)		1,49 (1,14-1,95) ^a		1,40 (1,06-1,83) ^b	

^aEscolaridade, situação conjugal e renda; ^b escolaridade, situação conjugal, renda, fumo, drogas, número de gestação, coitarca e número de parceiro; ^c idade, escolaridade, situação conjugal e renda; ^d idade, escolaridade, situação conjugal, renda, fumo, número de gestação, coitarca e número de parceiro; ^e idade, escolaridade, situação conjugal, renda, fumo, uso de drogas, número de gestação, coitarca e número de parceiro.

ARTIGO 3

Aceito para publicação na revista científica *Journal Of Clinical Nursing*

VIOLENCE AGAINST WOMEN AND CERVIX CANCER SCREENING: A *Systematic Review*

Franciéle Marabotti Costa Leite

Maria Helena Costa Amorim

Cândida Caniçali Primo

Denise Petrucci Gigante

Summary box

What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- Violence against women and cervix cancer screening has contradictory results and must be better clarified.
- Healthcare providers must seek to embrace actions that provide integral, holistic, and quality care to women who have experienced violence.
- This review points to the need of providing women at higher risk broad access to healthcare, as well as education in health to increase these women's knowledge and autonomy.

Abstract

Objectives. To present a systematic review of the papers published on the relation between violence against women and cervix cancer screening.

Background. Violence against women is a serious public health problem. The experiences of this phenomenon can lead to health damage from their victims and reflecting the screening of cervical cancer.

Design. A systematic literature review.

Method. Was carried out in October 2015 from a search in the databases Lilacs, Pubmed, and Web of Science using the following keywords: violence, domestic violence, battered women, spouse abuse, Papanicolaou test, vaginal smears, early detection of cancer, and cervix uteri.

Results. Eight papers, published between 2002 and 2013, were included in the review, most of which cross-sectional studies. Three studies found no association between victimization and having a Pap test, while such relation was reported by five studies, with contradictory results due to the higher or lower frequency of the exam among women who suffered violence.

Conclusion. It is seen that the data are still inconclusive and show the need for more detailed studies that help understand the relation between violence against women and cervix cancer screening.

Relevance for clinical practice. Warn professionals who aid women for the perception and detection of violence in order to interrupt the cycle of an aggression that has a harmful impact on the victims' health.

Keywords: Violence against women, Domestic violence, Papanicolaou test, Vaginal smear, Battered women, Spouse abuse

Introduction

Violence against women represents a serious public health issue that impacts different cultures and societies. According to the World Health Organization (WHO), this phenomenon affects about one third of all women globally (WHO 2013). Worldwide data point out that in emerging-economy countries such as Nepal and India, approximately half of the married women between 15 and 24 years old have already experienced some type of violence by their partners (Lamichhane *et al.* 2011, Babu *et al.* 2009). In the Latin American country of Brazil, the WHO reports that about 42% of the women have suffered psychological violence; 27%, physical violence; and 10%, sexual violence (Schraiber *et al.* 2007) in São Paulo, the largest city in the country.

Experiencing violence may lead to negative consequences to the victim with echoes on several aspects of their lives. The woman may suffer from health issues from physical injuries to emotional damage such as depression and anxiety (Guedes *et al.* 2009), and the experience may lead them to smoking (Breiding *et al.* 2008), excessive alcohol consumption (Breiding *et al.* 2008), cervix cancer (Coker *et al.* 2009), and risk of HIV infection (Breiding *et al.* 2008). In this sense, healthcare is a privileged space not only to identify and refer victimized women, but also assist them

according to their needs, providing integral care based on the treatment of the consequences of violence with a focus on preventive actions (Guedes *et al.* 2009). Among such actions, preventing cervix cancer – the third most common cause of neoplasia and fourth cause of death among women worldwide (Jemal *et al.* 2011) – stands out.

One of the ways of preventing this type of cancer is the early diagnostic of cervix lesions, before they become invasive, through screening techniques including oncologic colpocytology test or Pap test, colposcopy, cervicography, and tests to detect the DNA of human papillomavirus in cytology smears or histopathological samples. The Pap test is considered the most effective and efficient detection method in programs to screen for cervical uterine cancer and has been widely adopted for over 40 years (Pinho *et al.* 2003).

As for frequency, programs carried out in European countries such as France, Italy, and England prioritize women between 20 and 65 years old with one test every three years. Other countries, such as Germany, adopt annual tests and focus on all women 20 years old or more (Linos *et al.* 2000). In the United States, collection is recommended to begin at 18 years old or right after sexual life initiation, either every year or every three years. Moreover, women are advised to discontinue screening after 65 years old in case previous tests have been consistently negative (Zoorob *et al.* 2001). In Brazil, the test is recommended every three years when two negative results are found one year apart. For sexually active women, the test is recommended from 25 to 64 years old, when it can be interrupted if the results are negative in two consecutive tests in the previous five years (INCA 2011).

Despite the benefits of the Pap test, test coverage is unfortunately low in some regions, below the 80% recommended by the WHO (WHO 2002). Healthcare surveys in Italy and England show that 53% of Italian women (Ronco *et al.* 1991) and 77% of English women (Schwartz *et al.* 1989) have ever taken the test. In Mexico, the prevalences were below 30% (Laczano-Ponce *et al.* 1997), whereas Brazil has 75% coverage (Correa *et al.* 2012). These findings show the differences in the access to and execution of the Pap test among women and suggest a reflection about the possible factors that hinder access to healthcare. Among these, violence against

women, particularly in the household by family members or partners, seems to reflect on the use of healthcare by women (Zoorob *et al.* 2001).

In face of that, considering that deepening the study of violence against women and that screening for cervix cancer may expand the insight on the impacts of violence in women's lives, the present study aims to carry out a systematic review on the relation between violence against women and cervix cancer screening.

Method

This is a systematic review, which is a summary of the information available at a given moment on a specific issue objectively and reproducibly. This type of research employs a rigorous method to search for and select studies by assessing the relevance and validity of the results reported and data collection, synthesis, and interpretation (Sampaio *et al.* 2007). Thus, a protocol was created to ensure a rigorous research process comprising the following components: review question, inclusion and exclusion criteria, search strategies, orientation for material selection, and data analysis and synthesis.

The following question was asked: What is the relation between violence against women and the application of the Pap test? In order to identify the papers on the subject, a search was conducted in October 2015 in the databases LILACS, National Library of Medicine and the National Institutes of Health (Pubmed), and Web of Science, using a combination of the following keywords: "*violence AND Papanicolaou test*," "*domestic violence AND Papanicolaou test*," "*battered women AND Papanicolaou test*," "*spouse abuse AND Papanicolaou test*," "*violence AND vaginal smears*," "*domestic violence AND vaginal smears*," "*battered women AND vaginal smears*," "*spouse abuse AND vaginal smears*," "*violence AND early detection of cancer*," "*domestic violence AND early detection of cancer*," "*battered women AND early detection of cancer*," "*spouse abuse AND early detection of cancer*," "*violence AND cervix uteri*," "*domestic violence AND cervix uteri*," "*battered women AND cervix uteri*," "*spouse abuse AND cervix uteri*." No timeframe was set so that any reference available in these databases could be identified. Furthermore, the bibliographic references from the papers selected were evaluated so that other potentially relevant

studies could be located. The following inclusion criteria were applied: original research as papers and/or theses in Portuguese, English, or Spanish that had data on the relation between violence against women and the Pap test. The exclusion criteria were review studies and reflections on the subject.

Only one paper was identified in the LILACS database, while 140 were found in Pubmed and ten in Web of Science. Of those 151 papers, 88 were repeats. Of the 63 titles evaluated, 40 were excluded for not dealing with the subject at hand. Of the 23 abstracts read, nine papers were excluded for not relating violence and cervix cancer screening. Of the 14 studies read in full, six were eligible, while two others were identified in the bibliographical references of those already included. Figura 1 shows the flowchart of the study selection process for analysis according to the PRISMA protocol (Moher *et al.* 2009).

The whole process to identify the studies to be included in this review, from the search to the selection of the papers by analysis of the title, abstract, and full text in the three databases, besides the investigation of the references in the papers selected, was carried out independently by two researchers (FMCL and CCP), who had no disagreement. The descriptive analysis of the studies was carried out including the data extracted from the eligible papers. For data extraction, an instrument was created with the following information: author/year, journal of publication, title, country of the research, type of study, goal, sample, age groups, and main results. In addition, the scale proposed by Downs & Black (Downs *et al.* 1998) was used to assess the quality of the papers. Of the 27 questions proposed by this scale, 18 were used in the present analysis (Table 3), since the others are not applicable to the observational studies included in this review. Thus, the papers were analyzed regarding: (1) hypotheses or goals; (2) clearly described main outcomes to be measured; (3) characteristics of the subjects included; (4) clearly described interventions; (5) distribution of the main confounding variables; (6) whether the main findings are described; (7) estimates of random variability in the data for the main outcomes; (8) characteristics of the losses to follow-up; (9) information on the probability values for the main outcomes; (10) representativeness of the subjects invited to take part in the study; (11) representativeness of the subject included in the study; (12) whether the analysis adjusted for different follow-up periods in cohort studies; (13) whether the statistical tests were appropriate to measure the main

outcomes; (14) whether the measures used for the main outcomes are reliable; (15) whether the subjects in different groups were recruited from the same population (cohort); (16) whether subjects in different groups were recruited in the same timeframe (cohort); (17) whether the study adjusted for the main confounding variables; and (18) whether the study had enough power to detect an important effect with 5% significance and 80% power. The maximum score for the papers evaluated was 18 points.

Results

The scientific productions are presented in Table 1. It is seen that the researches are recent, with the first two papers published in 2002 (Lemon *et al.* 2002, Farley *et al.* 2002) while the latest ones identified in this review are from 2013 (Brown *et al.* 2013, McCall-Hosenfeld *et al.* 2013). Most papers were published in journals whose focus is on public health. While nearly all studies (seven) were carried out in the United States (Brown *et al.* 2013, McCall-Hosenfeld *et al.* 2013, Gandhi *et al.* 2010, Coker *et al.*, 2006, Modesitt *et al.* 2006, Farley *et al.* 2002, Lemon *et al.* 2002), the other was carried out in Australia (Loxton *et al.* 2009). Half to the studies included in the review were cross-sectional (Brown *et al.* 2013, Gandhi *et al.* 2010, Modesitt *et al.* 2006, Loxton *et al.* 2009), three had a cohort design (McCall-Hosenfeld *et al.* 2013, Loxton *et al.* 2009, Coker *et al.* 2006), and one was a case-control study (Farley *et al.* 2002). The sample studied ranged from 101 (Modesitt *et al.* 2006) to 30 thousand women (Brown *et al.* 2013), starting at 16 years old (Coker *et al.* 2006).

The main results of the eight studies included in this review can be seen in Table 2. In three of them, no relation was found between violence against women and cervix cancer screening (McCall-Hosenfeld *et al.* 2013, Loxton *et al.* 2009, Modesitt *et al.* 2006). However, it must be pointed out that an association in the threshold of significance ($p=0.062$) was found in one of these studies (Modesitt *et al.* 2013), while another (Loxton *et al.* 2009) found spouse abuse was associated with inadequate Pap test (OR: 1.20; CI95%: 1.01-1.42) after adjusting for some confounding factors (schooling, income, marital status, chronic diseases, and depression). This effect, however, was no longer significant after adjusting to access to healthcare (OR: 1.18;

CI95%: 0.99-1.40), but the result was also close to the significance threshold (Loxton *et al.* 2009).

In the other studies included in this review, the results reveal a relation between being a victim of violence and undergoing the test (Brown *et al.* 2013, Gandhi *et al.* 2010, Coker *et al.* 2006, Lemon *et al.* 2002, Farley *et al.* 2002). A population-based study with women 18 years old or more who had at least once experienced physical and/or sexual violence by their intimate partners showed that they were twice as likely to undergo Pap screening (OR: 2.05; CI95%: 1.26-3.31) (Brown *et al.* 2013). Likewise, another cross-sectional study on women between 18 and 45 years old found that physical violence by the intimate partner was associated with current Pap screening (OR: 2.39; CI95%: 1.01-5.70) (Lemon *et al.* 2002). However, a cohort study on women whose screening results were altered showed that the victims of physical violence were at 70% higher risk to discontinue the cytopathology follow-up (RR: 1.7; CI95%: 1.3 to 2.2) (Coker *et al.* 2006).

Finally, the other two studies (Gandhi *et al.* 2010, Lemon *et al.* 2002) suggest that victims of violence are less likely to undergo preventive screening. A research on users of healthcare shows that women between 40 and 74 years old who have been victims of emotional abuse, compared to victims of physical and/or sexual abuse, were 87% less likely to have regular Pap screening (OR: 0.13; CI95%, 0.02 to 0.86) (Gandhi *et al.* 2010). In this sense, a case-control study on women who had undergone cervix cancer screening versus those who had not undergone the screening showed that those who had been sexually abused prior to 18 years old were less likely to have be screened (35% vs. 51%, $n = 694$, $P = 0.009$) (Farley *et al.* 2002).

Table 3 presents the result of the quality analysis of the studies included in this review based on the criteria by Downs & Black. The median of the score in this evaluation was 14 points (minimum of 8 and maximum of 15 points). When each of the 18 criteria was analyzed, it was seen that all studies clearly presented the hypotheses, goals, outcomes and interventions. The statistical tests were also considered adequate in all eight studies and p-value presented. On the other hand, no cohort study adjusted for different follow-up durations.

Discussion

Violence against women is a worldwide problem that crosses racial and socioeconomic borders and its impact on health must be better understood, particularly, to explain the association of violence with cervix cancer screening. In this review, only eight papers were found on this subject (Brown *et al.* 2013, McCall-Hosenfeld *et al.* 2013, Loxton *et al.* 2009, Coker *et al.* 2006, Gandhi *et al.* 2010, Modesitt *et al.* 2006, Lemon *et al.* 2002, Farley *et al.* 2002). A lack of consensus was observed in the studies. While some authors report an association between violence and cervix cancer screening (Brown *et al.* 2013, Gandhi *et al.* 2010, Coker *et al.* 2006, Lemon *et al.* 2002, Farley *et al.* 2002), others report no such association (McCall-Hosenfeld *et al.* 2013, Loxton *et al.* 2009, Modesitt *et al.* 2006).

Two studies (Brown *et al.* 2013, Farley *et al.* 2002) reported a higher frequency of cytopathology testing among the victims compared to nonvictims, which suggests the former seek healthcare services more than the latter. The association between violence and often seeking healthcare services has been reported in other studies (Rivara *et al.* 2007, Schraiber *et al.* 2010). This can be explained by the impacts on victim health ranging from immediate effects such as lesions and traumas that lead the women to emergency care to indirect and long-term effects such as chronic pains, gastrointestinal problems, fibromyalgia, sexually-transmitted diseases, recurrent urinary tract infection, menstrual issues and sexual dysfunction, and compromised mental health (Plichta, 2004). Thus, using healthcare to treat chronic diseases or to receive some intervention could provide women with more chances of receiving preventive care and, therefore, make them more likely of being screened for cervix cancer (Gasperin *et al.* 2011).

On the other hand, other researches stand out which report lower chances of having a Pap test (Gandhi *et al.* 2010, Farley *et al.* 2002) or a higher risk of discontinuing follow-up (Coker *et al.* 2006) among women who have experienced violence. These results suggest that the lower use of healthcare might be linked to the partner's controlling attitude (Martino *et al.* 2005) or a lower perception of risk by the woman, and, consequently, the less frequent preventive tests among women who have experienced violence (Cronholm *et al.* 2009).

Another relevant issue was access to healthcare since, after adjusting for this variable, the association between violence and cervix cancer screening ceases to exist (OR: 1.18; CI95%: 0.99-1.40). (Loxton *et al.* 2009). In this context, access to healthcare must be discussed, which represents one of the elements of healthcare systems, regarding the access to the service and the continuity of care (Andersen & Newman 1973). It is worth pointing out that using healthcare is the result of the interaction between the behavior of the individual seeking care and the professional that provides it within the healthcare system. While the individual's behavior is usually responsible for the first contact with healthcare services, the professionals are responsible for future contacts and, in turn, largely define the type and intensity of resources consumed to solve the individuals' health issues (Travassos *et al.* 2004). Promoting continuous care strengthens the relation between the healthcare provider and the patient, enabling relations of trust and greater compliance by the women with the healing and preventive practices (Pinho *et al.* 2003).

The analysis of the studies suggests that the interaction between women who suffer violence and the use of preventive healthcare is complex and still little studied. This phenomenon can lead to impacts that go beyond physical health, with repercussions on mental health, which can set off an inability by the woman to care for herself and for others, possibly reflecting in seeking preventive healthcare less (Pinho *et al.* 2003).

In this context, healthcare services must seek to reduce the woman's vulnerability, particularly regarding inequalities in gender relations. The professionals must be aware and alert to the iniquities present in the access and use of healthcare and discuss violence against women. They must face this issue as a legitimate demand in healthcare and contribute for women themselves to be active players in terminating unequal relations. Inequalities represent a restrictive element to exercising autonomous participation in issues related to family, conjugal, and work life, to the ability of sexual and reproductive negotiation, and to the access and use of preventive care such as the Pap test (Pinho *et al.* 2003).

Shortcoming

It is worth pointing out that the main databases were searched and the secondary papers were retrieved from the references of the eligible studies. However, the small number of studies on this subject can be considered a shortcoming of the present review.

Recommendations

This review, when analyzing the association between violence against women and cervix cancer screening, found few researches on this subject, which points to a significant gap in the literature. In this sense, further studies are recommended that investigate the relation between these two phenomena so that a deeper and more critical view can be had on the topic.

Conclusion

This review concludes that the association between violence against women and cervix cancer screening has contradictory results and must be better clarified since both are relevant events for women's health. Since violence is a severe public health issue, healthcare providers must be acquainted with this subject so that they broaden their view on it and seek to embrace actions that provide integral, holistic, and quality care to women who have experienced violence. Preventive actions against cervix cancer must be taken in order to promote compliance by women, besides active participation, based on providing information and, mainly, ensuring care based on the needs and particularities of each woman.

Relevance for Clinical Practice

This review reveals the importance of investigating violence against women as part of the healthcare routine at all levels. It also points to the need of providing women at higher risk broad access to healthcare, as well as education in health to increase these women's knowledge and autonomy.

REFERENCES

Andersen RM, Newman JF (1973) Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 51, 95-124.

doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x

Babu BV & Kar SK (2009) Domestic violence against women in eastern India: a population- based study on prevalence and related issues. *BMC Public Health* 9,1-15 Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-129.pdf> (cited 2015 Feb 12). doi: 10.1186/1471-2458-9-129

Breiding MJ, Black MC & Ryan GW (2008) Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate spouse abuse: 18 U.S. states/territories, 2005. *Annals of Epidemiology* 18, 538–544. doi: 10.1016/j.annepidem.2008.02.005

Brown MJ, Weitzen S & Lapane KL (2013) Association Between Intimate Spouse abuse and Preventive Screening Among Women. *Journal of Women's Health* 22, 947-952. doi: 10.1089/jwh.2012.4222

Coker AL, Hopenhayn C, DeSimone CP, Bush HM & Crofford L (2009) Violence against women raises risk of cervical cancer. *Journal of Women's Health* 18, 1179-1185. doi: 10.1089/jwh.2008.1048

Correa MS, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E & Tomase E (2012) Pap test coverage and adequacy in the South and Northeast of Brazil. *Caderno Saúde Pública* 28, 2257-2266. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/05.pdf> (cited 2015 Feb 02). doi: 10.1590/S0102-311X2012001400005

Cronholm PF & Bowman MA (2009) Women with safety concerns report fewer gender-specific preventive healthcare services. *J Womens Health* 18,1011-1018. doi: 10.1089/jwh.2008.0968

Downs SH & Black N (1998) The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal Epidemiology Community Health* 52, 377-384.

Farley M, Golding JM & Minkoff JR (2002) Is a history of trauma associated with a reduced likelihood of cervical cancer screening? *J Fam Pract* 51, 827-31.

Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J & Chen PH (2010) Intimate spouse abuse and cancer screening among urban minority women. *Journal of the American Board of family Medicine* 23, 343-353 Available from: <http://www.jabfm.org/content/23/3/343.full.pdf+html> (cited 2015 Mar 13). doi: 10.3122/jabfm.2010.03.090124

Gaserin SI, Boing AF & Kupek E (2011) Cervical cancer screening coverage and associated factors in a city in southern Brazil: a populationbased study. *Caderno Saúde Pública* 27, 1312-1322. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/07.pdf> (cited 2015 Abr 11). doi: 10.1590/S0102-311X2011000700007

Guedes RN, Silva ATMC & Fonseca RMGS (2009) The violence of gender and health-disease process of women. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem* 13, 625-631. doi: 10.1590/S1414-81452009000300024

Instituto Nacional de Câncer (2011) *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero*. Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro.

Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E & Forman D (2011) Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 61, 69-90. doi: 10.3322/caac.20107

Laczano-Ponce EC, Nájera-Aguilar P, Buiatti E, Alonso-de-Ruiz P, Kuri P & Cantoral L (1997) The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage. *Cancer Causes Control* 18, 698-704.

Lamichhane P, Puri M, Tamang J & Dulal B (2011) Women's Status and Violence against Young Married Women in Rural Nepal. *BMC Women's Health* 11, 2-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-11-19.pdf> (cited 2015 Fev 12). doi: 10.1186/1472-6874-11-19

Lemon SC, Verhoek-Oftedahl W & Donnelly EF (2002) Preventive healthcare use, smoking, and alcohol use among Rhode Island women experiencing intimate spouse

abuse. *Journal Womens Health Gend Based Med* 11,555-562. doi: 10.1089/152460902760277912.

Linós A & Riza E (2000) Comparisons of cervical cancer programmes in the European Union. *Eur J Cancer* 36, 2260- 2265. doi: 10.1016/S0959-8049(00)00321-X

Loxton D, Powers J, Schofield M, Hussain R & Hosking S (2009) Inadequate cervical cancer screening among mid aged Australian women who have experienced spouse abuse. *Prev Med* 48, 184-188. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.10.019

Martino MA, Balar A, Cragun JM & Hoffman MS (2005) Delay in treatment of invasive cervical cancer due to intimate spouse abuse. *Gynecol Oncol* 99,507-509. doi: 10.1016/j.ygyno.2005.06.034

McCall-Hosenfeld JS, Chuang CH & Weisman CS (2013) Prospective association of intimate spouse abuse with receipt of clinical preventive services in women of reproductive age. *Womens Health Issues* 23, 109-116. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3770472/pdf/nihms446523.pdf> (cited 2015 Mar 13). doi: 10.1016/j.whi.2012.12.006.

Modesitt SC, Gambrell AC, Cottrill HM, Hays LR, Walker R, Shelton BJ, Jordan CE & Ferguson JE (2006) Adverse impact of a history of violence for women with breast, cervical, endometrial or ovarian cancer. *Obstetrics & Gynecology* 107,1330-1336.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG & Group P (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med* 151, 264-269.

Pinho AA & França-Junior I (2003) Cervical cancer prevention: a theoretical framework to analyze Papanicolaou test access and use. *Revista Brasileira Saude Materno Infantil* 3, 95-112. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a12v03n1.pdf> (cited 2015 Mar 14). doi: /10.1590/S1519-38292003000100012

Plichta SB (2004) Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences: Policy and Practice Implications. *Journal Interperson violence* 19,1296-323. doi: 10.1177/0886260504269685

Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrel D & Thompson RS (2007) Healthcare Utilization and Cost for Women with History of Intimate Spouse abuse. *Am J Prev Med* 32, 89-96. doi: 10.1016/j.amepre.2006.10.001

Ronco G, Segnan N & Ponti A (1991) Who has Pap tests? Variables associated with the use of pap tests in absence of screening programmes. *Int J Epidemiol* 20, 349-353. doi: 10.1093/ije/20.2.349

Sampaio RF & Mancini MCR (2007) Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista brasileira Fisioterapia* 11, 83-99. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf> (cited 2015 Fev 02).

Schraiber LB, Barros CRS & Castilho EA (2010) Violence against women by intimate partners: use of health services. *Revista Brasileira Epidemiologia* 13, 1-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/en_06.pdf (cited 2015 Marc 11). doi: 10.1590/S1415-790X2010000200006

Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP & Ludermir AB (2007) Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Revista Saúde Pública* 41,797-807. doi: 10.1590/S0034-89102007000500014

Schwartz M, Savage W, George J & Emohare L (1989) Women's knowledge and experience of cervical screening: a failure of health education and medical organization. *Community Med* 11, 279-289.

Travassos C & Martins M (2004) A review of concepts in health services access and utilization. *Caderno Saúde Pública* 20, 190-198. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf> (cited 2015 Mar 11). doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014

World Health Organization (2002) *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2013) *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate spouse abuse and non-partner sexual violence*. World Health Organization, Geneva.

Zoorob R, Anderson R, Cefalu C & Sidani M (2001) Cancer screening guidelines. *Am Fam Physician* 63, 1101-1112.

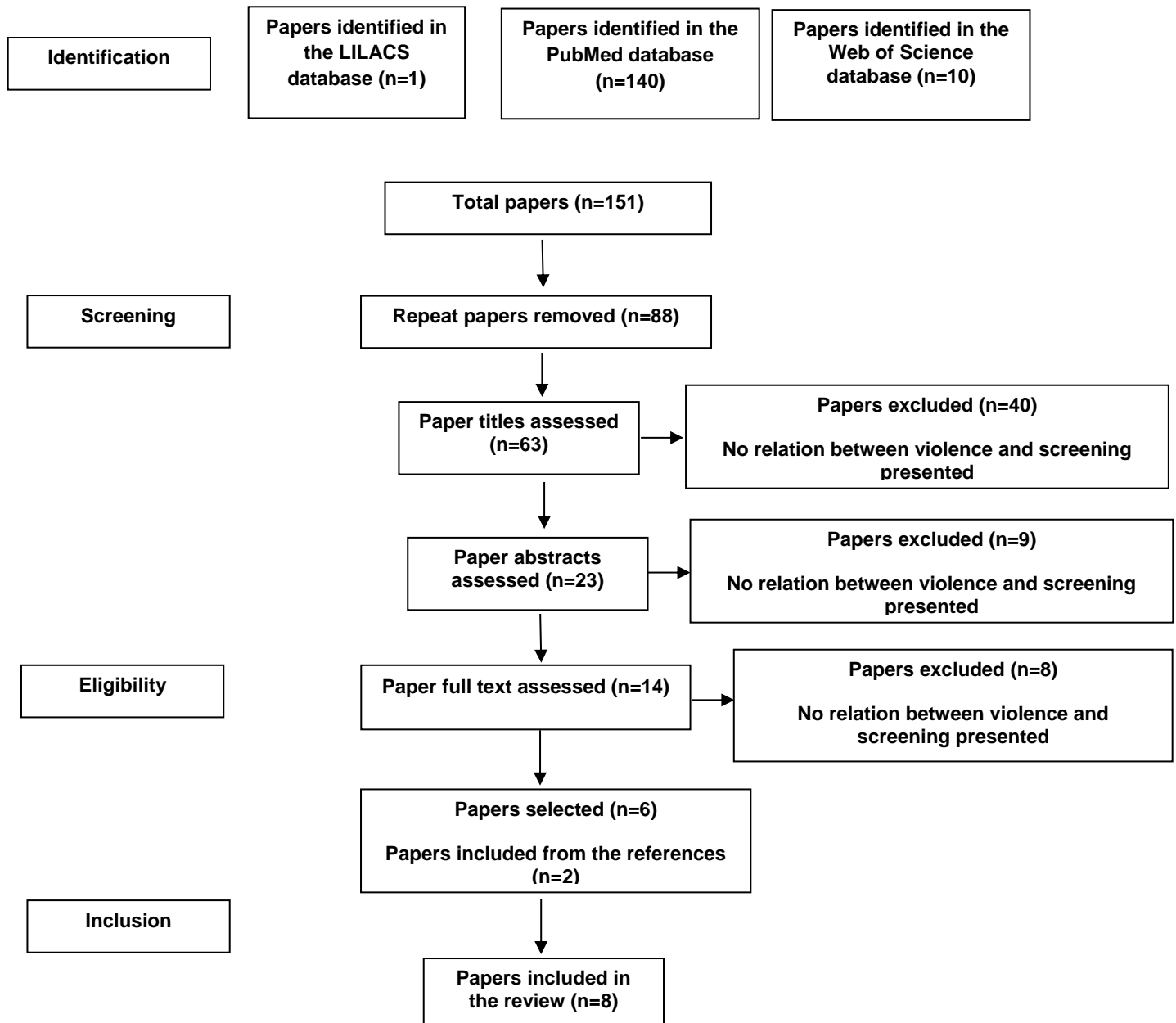
Figure**Figure 1.** PRISMA flowchart of the search and selection process of the studies included in the review.

Table 1 – Characterization of the studies on violence against women and cervix cancer screening according to author, year, journal, title, country, type of study, sample, and age group. October 2015.

Authors	Year	Journal of publication	Country of the research	Type of study	Sample	Age group (years)
Brown et al. ²¹	2013	Journal of Women's Health	USA	Cross-sectional	30,182	≥ 18
McCall-Hosenfeld et al. ²²	2013	Women's Health Issues	USA	Cohort	1,420	18 to 45
Gandhi et al. ²³	2010	J Am Board Fam Med.	USA	Cross-sectional	382	≥ 21
Loxton et al. ²⁴	2009	Prev Med.	Australia	Cohort	7,312	45 to 50
Coker et al. ²⁵	2006	Cancer Epidemiology and Biomarkers Prev	USA	Cohort	470	≥ 16
Modesitt et al. ²⁶	2006	Obstetrics & Gynecology	USA	Cross-sectional	101	≥ 18
Farley et al. ²⁷	2002	The Journal of family practice	USA	Case-control	736	21 to 64
Lemon et al. ²⁸	2002	J of Women's Health Gen Based Med.	USA	Cross-sectional	1,561	18 to 54

Table 2 – Categorization of the studies on violence against women and Pap screening according to the goal, type of study, sample, and results, published between 2002 and 2013. October 2015.

Authors	Study sample	Outcome	Intervention	Statistical Analysis	Results
Brown et al. ²¹	Population-based study with women 18 years old or more whose answers were validated in the questionnaire of intimate partner violence.	Questions related to preventive healthcare practices (HIV testing, cervical cytology, colorectal cancer, cholesterol, breast examination, and mammography).	Experience along life of physical and/or intimate partner violence.	Multivariable logistic regression models to association between lifetime IPV and preventive screening behaviors adjusting for age, race/ethnicity, income, educational status, marital status, and insurance status.	Intimate partner violence was associated with having Pap screening (OR: 2.05 CI95%: 1.26-3.31).
McCall-Hosenfeld et al. ²²	Population-based study with women between 18 and 45 years old.	Preventive services received over 2-year follow-up (Safety/violence counseling, Pap test, Test for STI/HIV, Smoking counseling, Alcohol/drug use, STI/HIV counseling).	Experience in the previous 12 months of physical and/or sexual intimate partner violence.	Multiple logistic regression analysis assessed the impact of IPV on service receipt, controlling for relevant covariates (age, race/ethnicity, and educational level).	Exposition to the intimate partner violence was not associated with having Pap screening (p=0.623).
Gandhi et al. ²³	Healthy women seen in a healthcare service.	Cervical cancer screening if there was a Papanicolaou smear report dated within 3 years.	Intimate partner violence. Emotional abuse, physical and/or sexual.	Logistic regression models were used to examine whether nonvictims, victims of emotional abuse, and victims of physical and/or sexual abuse were up to date with Papanicolaou smears.	The victims of emotional abuse, compared to victims of physical and/or sexual abuse between 40 and 74 years old, were 87% less likely to have regular Pap screening (OR: 0.13; CI95%: 0.02 to 0.86).
Loxton et al. ²⁴	Population-based study with women between 45 and 50 years old.	Health status, Depression, Health service use, Preventive screening (Cervical screening was considered adequate for women who reported having had a Pap test in the past two years).	Violence by intimate partner or experienced in the past.	Multivariable logistic regression models were built to examine the relationships between spouse abuse and subsequent inadequacy of Pap smears, adjusted for socio-demographic and health factors.	After adjusting to confounding factors (schooling, income, marital status, chronic diseases, and depression), violence was associated with inadequate Pap test (OR: 1.20; CI95%: 1.01-1.42). However, when adjusted for access to healthcare, this association was not significant (OR: 1.18; CI95%: 0.99-1.40).
Coker et al. ²⁵	Women with altered Pap test result seen in healthcare services.	Discontinuation in the receipt of follow-up care.	Stressors, spouse abuse, relationship stressors, housing instability, and violence/legal stressors.	χ^2 statistical test and multivariable analysis.	Severe physical spouse abuse was associated with discontinuing Pap test follow-up (RR: 1.7; CI95%: 1.3-2.2).
Modesitt et al. ²⁶	Women with breast, cervix, endometrial, or ovary cancer 18 years old or	History of violence along life.	Sociodemographic variables, ethnicity, marital, Pap test, mammogram, colon cancer screening,	Multinomial logistic regression model was used for multivariable analysis.	No difference was found in cervix cancer screening between the group of victims and nonvictims of violence (p=0.062).

	more recruited in a healthcare service.		reproductive and sexual, smoking, alcohol/drug use, healthcare access and use, insurance and medical care, family history of cancer.		
Farley et al. ²⁷	Women who had or had not received Pap screening in the previous 2 years.	Attitudes toward Pap screening based on previous findings.	Trauma history was measured in two ways: history of lifetime trauma and childhood trauma.	Hierarchical logistic regression model was used to evaluate associations of traumatic events with screening.	Women sexually abused before 18 years old are less likely to have cervix cancer screening (35% vs. 51%, n = 694, P = 0.009).
Lemon et al. ²⁸	Women between 18 and 54 years old in the Rhode Island Behavioral Risk Factor Surveillance System.	Preventive healthcare: checkups, clinical breast examinations, Pap smear screening, cigarette smoking, and high-risk alcohol use.	Physical and psychological violence in the past 12 months.	Logistic regression controlling for age, race, marital status, education, insurance status, and functional disability.	Physical intimate partner violence was associated with having Pap screening (OR: 2.39; CI95%: 1.01-5.70).

Table 3 – Evaluation criteria adapted from Downs & Black¹⁹.

Quality of the information	Number of papers	
	Adequate	Inadequate
1. Is the hypothesis/aim/objective of the study clearly described?	8	0
2. Are the main outcomes to be measured clearly described in the Introduction or Methods section?	8	0
3. Are the characteristics of the sample included in the study clearly described?	6	2
4. Are the interventions of interest clearly described?	8	0
5. Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly described?	7	1
6. Are the main findings of the study clearly described (data mentioned so the reader can check them)?	7	0
7. Does the study provide estimates of the random variability in the data for the main outcomes?	7	1
8. Have the characteristics of patients lost to follow-up been described?	3	5
9. Have actual probability values been reported?	8	0
10. Were the subjects asked to participate in the study representative of the entire population from which they were recruited?	5	3
11. Were those subjects who were prepared to participate representative of the entire population from which they were recruited?	4	4
12. In cohort studies, do the analyses adjust for different lengths of follow-up?	0	8
13. Were the statistical tests used to assess the main outcomes appropriate?	8	0
14. Were the main outcome measures used reliable?	7	1
15. Were the patients in different intervention groups (trials and cohort studies) recruited from the same population?	3	5
16. Were study subjects in different intervention groups (trials and cohort studies) recruited over the same period of time?	3	5
17. Was there adequate adjustment for confounding?	7	1
18. Did the study have sufficient power to detect a clinically important with significance level of 5%? If the study described statistical power > 80% with significance level of 5%, it means yes.	3	5

NOTA À IMPRENSA

“Mulheres vítimas de violência praticada pelo parceiro íntimo realizam menos exame de Preventivo do câncer de colo do útero”

Esta foi a principal conclusão do estudo que fez parte da tese de Doutorado Interinstitucional em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), da aluna Franciele Marabotti Costa Leite. O trabalho da estudante, orientado pelas professoras Dra. Denise Petrucci Gigante da UFPel e Maria Helena Costa Amorim, da UFES, utilizou dados de 991 mulheres usuárias de 26 unidades de saúde do município de Vitória, na faixa etária de 20 a 59 anos, que responderam sobre vivência da violência praticada pelo parceiro íntimo, aspectos sociodemográficos, obstétricos, ginecológicos e comportamentais, bem como de saúde em geral. O estudo analisou a violência contra a mulher cometida pelo parceiro íntimo em usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo. A primeira parte da pesquisa descreve a ocorrência e a distribuição dos tipos de violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo e verifica a associação com as características sociodemográficas, história familiar e de vida, além dos aspectos comportamentais. Os resultados apontaram que uma de cada 4 mulheres atendidas nas Unidades Básicas de Saúde de Vitória, entrevistadas no período de março a setembro de 2015, relatou ter sofrido violência psicológica praticada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses anteriores à entrevista. Além disso, uma de cada 10 mulheres sofreu violência física cometida pelo parceiro, e, uma de cada 18 mulheres foi vítima de violência sexual. Cabe destacar que tanto a violência psicológica como a física foi mais frequente nas mulheres cuja mãe sofreu violência física por parceiro, e, as mulheres com histórico de violência sexual na infância apresentaram maiores frequências de violência psicológica e sexual. O estudo também examinou a associação entre a violência praticada pelo parceiro íntimo e a realização do Papanicolaou. Mulheres em situações de violência realizaram o exame preventivo do câncer de colo do útero com menos frequência. Esses resultados evidenciam a importância da investigação sobre a violência contra a mulher, considerado como um fenômeno preocupante, não só do ponto de vista social, como com forte impacto negativo sobre a saúde de suas vítimas.

ANEXOS

ANEXO 1**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS****FACULDADE DE MEDICINA****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA****DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFPel/UFES****Manual de Instruções****QUESTIONÁRIO – MULHERES DE 20 A 59 ANOS DE IDADE COM PARCEIRO ÍNTIMO NOS ÚLTIMOS 12 MESES****PESQUISA****“VIOÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO E SUAS IMPLICAÇÕES NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO”****Doutorando:** Franciéle Marabotti Costa Leite**Orientadora:** Profa. Dra. Denise Petrucci Gigante**Coorientadora:** Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim**PELOTAS, 2014**

ITEM IDENTIFICAÇÃO	
Número de identificação da participante	Escreva o número que identifica a participante no estudo. Todo questionário terá um número de 3 dígitos, que inicia em 001 e termina em 998.
Tentativas	Escreva se conseguiu realizar a entrevista, bem como o numero de tentativas feitas. Caso não tenha conseguido justifique o motivo.
Nome e código da Entrevistadora	Escreva de forma legível seu nome e código.
Nome e código da Supervisora	Escreva de forma legível o nome e código da supervisora.
Data e horário de início da entrevista	Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista. Hora do início da entrevista deve ser escrita no modo 24 horas, exemplo: 01:30 horas da tarde, deve ser codificada como 13:30 horas. A data deve ser preenchida em dia, mês e ano, exemplo: 05/04/2014.
Local da entrevista	Assinalar a opção 1 se for realizada a entrevista na “unidade de saúde” e a opção 2 se realizada no “domicílio da entrevistada”. Caso a entrevista tenha sido feita em outro local, escrever com letra legível e por extenso o nome do local onde foi feita a entrevista.
ESF e/ou PACS	Escrever o nome da Unidade básica de Saúde onde a mulher é cadastrada com letra legível e por extenso. Cada Unidade Básica receberá um código.
BLOCO 1	
Características Demográficas e Econômicas da Participante	
1. Qual a idade da Sra.?	A idade deverá ser anotada em anos completos. Caso a pessoa referir a data de nascimento, converta em anos, após a entrevista. Quando houver discordância entre a idade pelo documento e a referida pelo entrevistado, utilizar a idade informada pela pessoa. Não realize o cálculo de idade durante a entrevista para evitar cometer erros.
2. A Sra. se considera de que raça/cor?	Perguntar exatamente como está escrito e deixar a mulher responder. Se a mulher se considera branca deverá ser marcada a opção 1 “branca”, se preta deve ser assinalada a opção 2 “preta”, se “amarela” deverá ser assinalada a opção 3 amarela, se “parda” assinalar a opção 4 parda e se “indígena”, deverá marcar a opção 5 indígena. O que nos interessa é a cor ou raça como definido pela respondente, e não na avaliação da entrevistadora, de forma a manter a compatibilidade com o IBGE.
3. A Sra. estudou em colégio?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não estudou em colégio a alternativa 0 “Não”, mas se a respondente estudou em colégio a alternativa 1 “Sim”. SE NÃO - PULE PARA QUESTÃO 5.
4. Até que série a Sra. completou na escola?	Deverá apenas ser anotado o ano e o respectivo grau, exemplo, 8º ano do primeiro grau, de forma legível.
5. Atualmente, qual a situação conjugal da Sra.?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente está casada assinale 1, solteira marque 2, viúva assinale 3, separada marque 4, divorciada assinale 5 e com companheiro marque 6.
6. Há quantos anos a Sra. está <situação conjugal>?	Preencha de acordo com a resposta da entrevistada.
7. Sem contar com a Sra., quantas pessoas moram na sua casa?	Preenche de acordo com a resposta da entrevistada, com letra legível.
8. A senhora mora em casa própria ou alugada?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente mora em casa própria assinale 1, se mora em casa alugada assinale 2. Casa própria corresponde à propriedade, total ou parcial, da moradora, estando integralmente quitado ou não, e independentemente da condição de ocupação do terreno. Casa alugada é quando o aluguel é, totalmente ou parcialmente, pago por morador.
9. Quantos cômodos tem essa casa?	Preenche de acordo com a resposta da entrevistada, com letra legível. Considera-se como cômodo todo compartimento, coberto por um teto e limitado por paredes, que seja parte integrante do domicílio particular permanente, com exceção de corredor, varanda aberta, garagem, depósito e outros compartimentos utilizados para fins não-residenciais.
10. A Sra. tem alguma religião?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não possui religião assinale 0, se possui religião assinale 1. SE ASSINALOU 0 PULE PARA A QUESTÃO 12.
11. Qual a religião da Sra.?	Preencha de acordo com a resposta da entrevistada. Nesse item a mulher pode apresentar mais de uma religião. CASO A ENTREVISTADA APRESENTE OUTRA

	RELIGIÃO DAS DESCRITAS, A ENTREVISTADORA DEVE QUESTIONAR QUAL RELIGIÃO E REGISTRAR DE FORMA LEGÍVEL.
BLOCO 1 AGORA NÓS VAMOS FALAR DAS Características Ginecológicas, Obstétricas e comportamentais. Este bloco se refere a um conjunto de informações sobre a saúde da mulher. Incluem dados sobre:	
12. A Sra. já engravidou?	Anotar a informação fornecida pela entrevistada. Assinale 0 se a mulher nunca engravidou e a opção 1 se já engravidou. CASO A MESMA NUNCA TENHA ENGRAVIDADO. IR PARA A QUESTÃO 17.
13. Quantas gestações a Sra. teve?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível.
14. A Sra. teve algum aborto?	Anotar a informação fornecida pela entrevistada. Assinale 0 se a mulher nunca teve um aborto e a opção 1 se já teve aborto. Caso a mesma nunca tenha tido aborto. IR PARA A QUESTÃO 17.
15. Quantos abortos a Sra. teve?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível.
16. A Sra. fez alguma coisa que pudesse provocar o aborto?	Marque a alternativa correspondente. Assinale 0 se a mulher não fez alguma coisa para provocar o aborto e a opção 1 se fez. REGISTRAR A INFORMAÇÃO PARA CADA EPISÓDIO DE ABORTO.
17. A Sra. tem filhos?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada. Marque 0 se a mulher refere não ter filhos e a opção 1 se possui. CASO A MESMA NÃO TENHA FILHOS. IR PARA A QUESTÃO 19.
18. Quantos filhos a Sra. tem?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível.
19. Com quantos anos a Sra. teve sua primeira menstruação?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada em anos completos.
20. Atualmente a Sra. menstrua?	Marque a alternativa correspondente. Assinale 0 se a mulher atualmente não menstrua, a opção 1 se atualmente ela menstrua e a opção 2 se está grávida. SE A MULHER ASSINALAR A OPÇÃO 0 OU 2 IR PARA A QUESTÃO 23.
21. Atualmente a Sra. faz uso de algum método para evitar a gravidez?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não faz uso de algum método para evitar a gravidez assinale 0, se a mulher fez ligadura de tuba uterina para evitar a gravidez marque 1 e assinale 2 se faz uso de outro método para evitar a gravidez. SE A MULHER NÃO FAZ USO DE METODO PARA EVITAR A GRAVIDEZ IR PARA A QUESTÃO 23.
22. Qual método a senhora utiliza para evitar a gravidez?	Preencha de acordo com a resposta da entrevistada. Nesse item a mulher pode utilizar mais de um método para evitar a gravidez. NO CASO DE ASSINALAR OUTRO MÉTODO, A ENTREVISTADORA DEVE QUESTIONAR QUAL O OUTRO MÉTODO E REGISTRAR DE FORMA LEGÍVEL.
23. Com quantos anos teve a Sra. sua primeira relação sexual?	A idade deverá ser anotada em anos completos.
24. A Sra. fez uso de preservativo (camisinha) na primeira relação sexual?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se a mulher não fez uso de preservativo na primeira relação sexual e a opção 1 se a mulher fez uso de preservativo na primeira relação.
25. A primeira relação sexual foi forçada?	Preencha de acordo com a resposta da entrevistada. Assinale 0 se a mulher não teve a primeira relação sexual forçada e a opção 1 se a primeira relação sexual foi forçada.
26. Na última relação sexual, a Sra. usou preservativo (camisinha)?	Marque de acordo com a resposta da entrevistada. Anote 0 se a mulher não utilizou preservativo na última relação sexual e a opção 1 se a mulher utilizou preservativo na última relação sexual.
27. Alguma vez algum parceiro não quis usar preservativo (camisinha) durante na relação sexual?	Marque segundo a resposta da entrevistada. Anote 0 se o resposta for não, e a opção 1 se o parceiro não quis usar preservativo na relação sexual.
28. Sem contar o uso de preservativo, alguma vez, algum parceiro íntimo pediu para a Sra. não usar algum método para evitar gravidez?	Marque segundo a resposta da entrevistada. Anote 0 se o resposta for não, e a opção 1 se o parceiro pediu para você não usar método para evitar a gravidez.
29. Quantos parceiros sexuais a senhora teve no último ano?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada de forma legível.
30. A Sra., alguma vez, já fez	Anotar a informação fornecida pela entrevistada. Assinale 0 se a mulher nunca fez

exame de preventivo do câncer de colo de útero?	o exame de preventivo do câncer de colo de útero e marque a opção 1 se já fez. CASO NUNCA TENHA FEITO IR PARA A QUESTÃO 34.
31. Em que ano a Sra. fez o último preventivo do câncer de colo de útero?	Preencher com o ano fornecido pela entrevistada. A data deve ser preenchida em quatro dígitos, exemplo: 2013.
32. Com que frequência a Sra. faz esse exame?	Anotar a informação fornecida pela entrevistada. Assinale 1 se a mulher realiza o exame a cada seis meses, marque 2 se o exame de preventivo do câncer de colo de útero é feito todos os anos, marque a opção 3 se a mulher faz a cada dois anos, marque 4 se a cada três anos, assinale 5 se a entrevistada informa que faz o exame quando vai a consulta e o profissional de saúde pede e 6 para outros períodos. CASO TENHA MARCADO OUTRO A ENTREVISTADORA DEVERÁ QUESTIONAR QUAL A FREQUÊNCIA E REGISTRAR COM LETRA LEGÍVEL.
33. Durante as consultas de coleta de preventivo do câncer de colo de útero o profissional de saúde examina suas mamas?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada. Marque 0 para a mulher que refere que mamas durante a coleta de preventivo do câncer de colo de útero, a opção 1 se Sempre, e assinale 2 para às vezes o profissional examina as mamas durante as consultas de coleta de preventivo.
34. A Sra. já teve alguma Doença Sexualmente Transmissível na vida, como por exemplo Gonorréia, Sífilis, HPV , ou outra Doença sexualmente transmissível (DST)?	Anotar a informação fornecida pela entrevistada. Assinale 0 se a mulher nunca teve doença sexualmente transmissível e a opção 1 se já teve alguma doença sexualmente transmissível. CASO MARQUE 0 PULE PARA A QUESTÃO 39.
35. Quantas vezes teve alguma Doença Sexualmente Transmissível?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível.
36. A Sra. fez tratamento para Doença Sexualmente Transmissível?	Marcar a informação fornecida. Se a mulher já fez tratamento para Doença Sexualmente Transmissível (DST) marque 1, se nunca fez tratamento marque 0. FAZER A PERGUNTA PARA CADA DST QUE TEVE
37. E o seu parceiro também fez o tratamento?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada. Se o parceiro também fez o tratamento marque 1, se não fez o tratamento marque 0 e se a mulher não sabe responder marque 9.
38. Ele disse para a Sra. não fazer o tratamento?	Marcar 0 se o parceiro não se manifestou negativamente quanto à mulher fazer ou não o tratamento, e assinale 1 se o parceiro disse para a mulher não fazer o tratamento.
39. Alguma vez na vida, a Sra. já fez teste para o HIV (teste de aids)?	Assinalar a informação fornecida pela entrevistada. Se a mulher nunca fez o teste de HIV marque 0, se já fez marque 1.
40. A Sra. sente dor nas relações sexuais?	Assinalar a informação fornecida pela entrevistada. Se a mulher nunca sente dor nas relações sexuais registrar 0, se sente dor sempre marque 1, se sente dor nas relações sexuais algumas vezes assinalar 2.
41. Alguma vez na vida a Sra. já fez mamografia?	Marcar 0 se a entrevistada informar que nunca fez mamografia e 1 se já fez. CASO MARQUE 0 PULE PARA A QUESTÃO 46.
42. Qual a sua idade na primeira vez que fez mamografia?	A idade deverá ser anotada em anos completos.
43. Qual a sua idade na última vez que fez mamografia?	A idade deverá ser anotada em anos completos.
44. Quantas mamografias a Sra. já fez?	Preenche de acordo com a resposta da entrevistada, com letra legível, exemplo: 01
45. Com que frequência a Sra. faz mamografia?	Marcar 1 se a mulher faz mamografia a cada seis meses, assinala 2 se todos os anos, marcar 3 se a cada dois anos, 4 se a cada três anos, 5 se somente quando vai a consulta e o profissional de saúde pede ou assinale 6 se a mulher faz a mamografia em outra frequência. CASO MARQUE 6 DEVERÁ QUESTIONAR A MULHER QUAL A FREQUÊNCIA E REGISTRAR COM LETRA LEGÍVEL.
46. A Sra. já fez alguma vez o autoexame das mamas?	Marcar 0 se a entrevistada informar que nunca fez o autoexame e 1 se já fez. CASO MARQUE 0 PULE PARA A QUESTÃO 49.
47. A Sra. faz o autoexame das	Marcar 0 se a entrevistada informar que não faz o autoexame e 1 se faz. CASO

mamas?	MARQUE 0 PULE PARA A QUESTÃO 49.
48. Com que frequência a Sra. faz autoexame das mamas?	Anotar a informação fornecida pela entrevistada. Assinale 1 se a mulher realiza o exame todos os meses, marque 2 se o exame é feito a cada dois meses, marque a opção 3 se a mulher faz o autoexame a cada três meses, marque 4 se a entrevistada informa que faz o exame quando vai a consulta e o profissional de saúde pede e 5 para outros períodos. CASO TENHA MARCADO OUTRO A ENTREVISTADORA DEVERÁ QUESTIONAR QUAL A FREQUÊNCIA E REGISTRAR COM LETRA LEGÍVEL.
49. A Sra. tem pressão alta ou hipertensão?	Marcar 0 se a entrevistada informar que não tem pressão alta e 1 se tem pressão alta. SE MARCAR 0 PULE PARA A QUESTÃO 51.
50. Foi o médico que disse que a Sra. tem pressão alta?	Assinalar a opção 0 se a mulher informar que não foi o médico que disse que ela tem pressão alta e a opção 1 se foi o médico que disse que ela tem.
51. A Sra. tem diabetes ou açúcar no sangue?	Marcar 0 se a entrevistada informar que não tem diabetes alta e 1 se tem diabetes. SE MARCAR 0 PULE PARA A QUESTÃO 53.
52. Foi o médico que disse que a Sra. tem diabetes ou açúcar no sangue?	Assinalar a opção 0 se a mulher informar que não foi o médico que disse que ela tem diabetes e a opção 1 se foi o médico que disse que ela tem.
53. Alguma vez na vida, a Sra. já fez uso de remédios do tipo calmantes?	Entende-se por remédio do tipo calmante aqueles utilizados para diminuir o nervosismo (ansiedade) e provocar sono, como diazepam, relaxantes musculares, ansiolíticos e anticonvulsivantes. Assim, marcar 0 se a entrevistada informar que nunca fez uso de remédios do tipo calmante e 1 se já fez. CASO MARQUE 0 PULE PARA A QUESTÃO 58.
54. Atualmente, a Sra. faz uso de calmantes?	Marcar 0 se a entrevistada informar que atualmente não faz uso de calmante, e 1 se faz uso. CASO MARQUE 0 PULE PARA A QUESTÃO 58.
55. A Sra. toma esse remédio todos os dias?	Marcar 0 se a entrevistada informar que não toma esse remédio todos os dias e 1 se toma os remédios todos os dias. SE MARCAR 1 PULE PARA A QUESTÃO 58.
56. SE NÃO: Quantas vezes por semana toma esse remédio?	Preenche de acordo com a resposta da entrevistada, com letra legível, exemplo: 01 vez. APÓS ESSA RESPOSTA PULE PARA A QUESTÃO 58. SE MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA MARQUE 0 e PULE PARA A QUESTÃO 57.
57. SE TOMA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes a Sra. tomou calmante no último mês?	Preenche de acordo com a resposta da entrevistada, com letra legível, exemplo: 02 vezes.
58. A Sra. acha que a sua saúde é:	Registra a opção 1 se a mulher acha sua saúde excelente, marque 2 se ela acha a saúde boa, assinale 3 se acha a saúde regular, marque 4 se a mulher refere sua saúde fraca e 5 se informa que sua saúde é muito fraca.
59. Alguma vez na vida, a Sra. já experimentou bebida alcoólica?	Entende-se por bebida alcoólica, as que possuem álcool como: cerveja, vinho, destilados. Marcar de acordo com a resposta da entrevistada. Registrar 0 se nunca experimentou bebida alcoólica e 1 se já experimentou. SE ASSINALOU 0 PULE PARA A QUESTÃO 63.
60. Atualmente a Sra. bebe algum tipo de bebida que contenha álcool, como cerveja, vinho, bebida destilada?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se atualmente NÃO bebe algum tipo de bebida alcoólica e registre 1 se atualmente bebe. SE ASSINALOU 0 PULE PARA A QUESTÃO 63.
61. Qual o consumo atual de bebida alcoólica	Marcar 1 se a entrevistada informar que consome bebida alcoólica todos os dias (muito frequente), assinale 2 se informa que o consumo é 1 a 4 vezes por semana (frequente), registre 3 se o consumo é ocasional (1 a 3 vezes por mês), assinale 4 se consome raramente (menos de 1 vez no mês), e a opção 5 se bebe menos de uma vez no ano (abstinente).
62. Nos dias em que a Sra. ingere bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebidas “ice” ou destilados, quantas doses geralmente bebe?	Uma dose corresponde, em média, a uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”. Preencha de acordo com a resposta da entrevistada, com letra legível, exemplo: 05 doses.
63. A Sra. fuma?	Marque 1, se a entrevistada informa fumar e pule para a questão 65. Caso assinale 0 se não fuma, pule para a questão 67, mas se entrevistada é Ex-fumante assinale a opção 2 e pule para a questão 64.

64. Há quanto tempo parou de fumar?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada: em anos, meses, semanas ou dias.
65. Quantos cigarros por dia?	Deve-se questionar a mulher o número de cigarros que fuma por dia, e registrar de forma legível, por exemplo, 10 cigarros, ou marque 00 se fuma menos de um cigarro/dia.
66. Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada. Marque 1 se fuma logo em seguida que acorda, 2 se depois de tomar café, 3 se pelo menos duas horas depois de acordar, 4 se fuma no final da manhã, 5 se depois do almoço, 6 se durante a tarde, assinale 7 se no final da tarde, e marque a opção 8 se fuma somente a noite. No caso de assinalar a opção 9, ou seja, outra. DEVERÁ QUESTIONAR A MULHER QUANTO TEMPO DEPOIS DE ACORDAR FUMA O PRIMEIRO CIGARRO E REGISTRAR COM LETRA LEGÍVEL.
67. Alguma vez na vida a Sra. já fez uso de drogas?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se nunca fez uso de drogas e PULE PARA A QUESTÃO 85. Se registrou 1, ou seja, já fez uso de droga alguma vez na vida, deve ser questionada quanto a cada tipo de droga, pois pode ter usado mais de um tipo. Também deve ser perguntar quanto a outros tipos de droga, se assinalar SIM, a entrevistadora deve perguntar qual droga e registrar de forma legível.
68. Se SIM. Qual (is)?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Leia cada opção, nesse item a mulher pode responder mais de um tipo de droga.
69. Atualmente a Sra. faz uso de drogas?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se atualmente não faz uso de drogas e PASSE PARA A QUESTÃO 85, e registre 1 se a mulher atualmente faz uso de drogas.
70. A Sra. faz uso de drogas injetáveis, como por exemplo heroína, cocaína?	Assinale 0 se a entrevistada não faz uso e 1 se faz uso de drogas injetáveis. Caso assinale 0 PASSE PARA A QUESTÃO 73.
71. SE SIM, quantos dias por semana?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível, com dois dígitos. Por exemplo, 03 dias por semana e PASSE PARA A QUESTÃO 73. SE USAR MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ASSINALE 0 E PASSE PARA A QUESTÃO 72.
72. SE USA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes usou drogas injetáveis no último mês?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível, com dois dígitos. Por exemplo, 03 vezes no mês.
73. A Sra. faz uso de crack?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se atualmente não faz uso de crack e registre 1 se atualmente faz uso de crack. SE ASSINALOU 0 PULE PARA A QUESTÃO 76.
74. SE SIM, quantos dias por semana?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível, com dois dígitos. Por exemplo, 03 dias por semana e PASSE PARA A QUESTÃO 76. SE USAR MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ASSINALE 0 E PULE PARA A QUESTÃO 75.
75. SE USA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes usou crack no último mês?	Assinalar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível, com dois dígitos. Por exemplo, 03 vezes no mês.
76. A Sra. faz uso de maconha?	Marque 0 se atualmente não faz uso de maconha e registre 1 se atualmente faz uso de maconha. SE ASSINALOU 0 PULE PARA A QUESTÃO 79.
77. SE SIM, quantos dias por semana?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível, com dois dígitos. Por exemplo, 02 dias por semana e PASSE PARA A QUESTÃO 79. SE USAR MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ASSINALE 0 E PULE PARA A QUESTÃO 78.
78. SE USA MENOS DE UMA VEZ SEMANA: Quantas vezes usou maconha no último mês?	Marcar a informação dada pela entrevistada, de forma legível, com dois dígitos. Por exemplo, 02 vezes no mês.
79. A Sra. faz uso de cocaína em pó?	Marque 0 se atualmente não faz uso de cocaína em pó e registre 1 se atualmente faz uso de cocaína. SE ASSINALOU 0 PULE PARA A QUESTÃO 82.
80. SE SIM, quantos dias por semana?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível, com dois dígitos. Por exemplo, 03 dias por semana e PULE PARA A QUESTÃO 82. SE USAR MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ASSINALE 0 E PULE PARA A QUESTÃO 81.
81. SE USA MENOS DE UMA VEZ	Registra a informação dada pela entrevistada, de forma legível, com dois dígitos.

SEMANA: Quantas vezes usou cocaína no último mês?	Por exemplo, 01 vez no mês.
82. Outras drogas?	Questionar a mulher sobre o uso de outras drogas, além das citadas anteriormente. Caso diga não assinale 0, mas se registrar 1, ou seja, ela faz uso de outras drogas, deve ser perguntado qual o tipo de droga, e registrar de forma legível. SE ASSINALAR O PULE PARA A QUESTÃO 85.
83. SE SIM, quantos dias por semana?	Registrar a informação fornecida pela entrevistada, de forma legível com dois dígitos. Por exemplo 4 dias por semana e PULE PARA A QUESTÃO 85. SE USAR MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA ASSINALE 0 E PULE PARA A QUESTÃO 84.
84. SE USA MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA: quantas vezes usou no último mês?	Registrar a informação dada pela entrevistada, de forma legível, com dois dígitos. Por exemplo, 01 vez no mês.
Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda da família	
85. A Sra. tem trabalho remunerado?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não possui trabalho remunerado assinale 0, se possui trabalho remunerado assinale 1.
86. Outras pessoas na sua casa trabalharam e receberam salário no último mês?	Marque a alternativa correspondente. Se outras pessoas da casa não trabalham assinale 0, mas se há outras pessoas da casa que trabalham marque 1. SE ASSINALAR 0 PULE PARA A QUESTÃO 88.
87. Quantas?	SE HÁ OUTRAS PESSOAS NA CASA QUE TRABALHAM, deverá questionar a mulher quantas pessoas trabalham? E assim, preencher com letra legível, de acordo com a resposta da entrevistada.
88. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?	Preencha de acordo com a resposta da entrevistada. O valor recebido é mensal, incluindo o valor da entrevistada, caso essa trabalhe e o das demais pessoas da casa.
89. A família tem outra fonte de renda que não do trabalho remunerado?	Marque a alternativa correspondente. Se a família da respondente não possui outra fonte de renda assinale 0, se possui outra fonte de renda assinale 1. SE ASSINALAR 0 PULE PARA A QUESTÃO 92.
90. Qual o valor?	SE HÁ OUTRAS FONTES A RENDA DEVE SE QUESTIONAR À MULHER O VALOR EM REAIS. E assim, preencher com letra legível, o valor em reais.
91. Qual a origem da renda?	Marque 1 se a fonte de renda é proveniente de aluguel, a opção 2 se aposentadoria, se for pensão marque 3, a opção 4 para auxílio do governo e 5 se for outra fonte de renda. Caso a mulher informe outra renda, deverá ser questionada qual e registrar com letra legível por extenso.
Agora vou fazer algumas perguntas a respeito do que a Sra. tem em casa. Na sua casa, a Sra. tem quantas?	
92. Televisão em cores?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente possui nenhuma televisão em cores marque 0, se possui uma marque 1, se possui duas, marque 2 se possui três marque 3 e se a mulher responde que possui quatro ou mais marque 4.
93. Quantos rádios?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente possui nenhum rádio marque 0, se possui um marque 1, se possui dois marque 2, se possui três marque 3 e se a mulher responde que possui quatro ou mais rádios marque 4.
94. Quantos banheiros?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não possui banheiro marque 0, se possui um marque 1, se possui dois marque 2, se possui três marque 3 e se possui quatro ou mais banheiros marque 4.
95. Quantos automóveis?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não possui automóvel marque 0, se possui um marque 1, se possui dois marque 2, se possui três marque 3 e se possui quatro ou mais marque 4.
96. Quantas máquinas de lavar?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não possui máquina de lavar marque 0, se possui uma marque 1, se possui duas marque 2, se possui três marque 3 e se a mulher responde que possui quatro ou mais marque 4.
97. Quantos videocassete e/ou DVD?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não possui videocassete e/ou DVD marque 0, se possui um marque 1, se possui dois marque 2, se possui três marque 3 e se possui quatro ou mais marque 4.
98. Quantas geladeiras?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não possui geladeira marque 0, se possui uma marque 1, se possui duas, marque 2 se possui três marque 3 e se a mulher responde que possui quatro ou mais marque 4.
99. Quantos Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não possui freezer marque 0, se possui uma marque 1, se possui duas, marque 2 se possui três marque 3 e se a mulher responde que possui quatro ou mais marque 4.

100. Na sua casa trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista?	Marque a alternativa correspondente. Se a respondente não possui empregada ou empregado mensalista marque 0, se possui marque 1.
101. Se sim, quantas empregada ou empregado doméstico mensalista?	Preenche de acordo com a resposta da entrevistada, com letra legível.
102. Quem é a pessoa responsável pela casa?	A pessoa responsável é a pessoa de referência considerada pelos demais membros da família, pessoa de maior renda. A entrevistadora deverá preencher de acordo com a resposta da entrevistada, com letra legível. EM SEGUIDA, CASO A MULHER SEJA A RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA, DEVERÁ PASSAR PARA A QUESTÃO 104.
103. Até que série <a pessoa responsável pela casa> completou na escola?	Deverá apenas ser anotado o ano e o respectivo grau, exemplo, 8º ano do primeiro grau, de forma legível. Se a mulher for a responsável pela casa, essa informação deverá ser anotada ao fim da entrevista pela entrevistadora, já que a mesma encontra-se na questão 4. APÓS RESPONDER ESSA QUESTÃO PULE PARA A 104.
BLOCO 2	
AGORA NÓS VAMOS FALAR DAS Características demográficas e comportamentais do parceiro íntimo atual.	
Agora vou fazer algumas perguntas sobre o seu parceiro íntimo atual. Incluem dados sobre:	
104. Atualmente, a Sra. tem relações sexuais?	Marque 0 se atualmente não tem relações sexuais e registre 1 se atualmente tem relação sexual.
105. Quando foi a última vez que teve relações sexuais?	Nesse item a entrevistadora deverá questionar sobre o tempo da última relação sexual e registrar de forma legível em dias, semana (s), mês (es) ou ano (s).
106. A Sra. possui parceiro íntimo?	Define-se como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorados atuais desde que mantendo relações sexuais. Assinale 0 se atualmente não possui parceiro íntimo, registre 1 se atualmente possui parceiro íntimo do sexo masculino e 2 se o parceiro íntimo é do sexo feminino. Se ASSINALOU 0 PULE PARA A QUESTÃO 107. Se ASSINALOU 1 ou 2 PULE PARA A QUESTÃO 108.
107. Há quanto tempo não possui parceiro íntimo?	Nesse item a entrevistadora deverá assinalar uma das opções de acordo com a informação fornecida pela entrevistada. Registre 1 se há um ano ou menos e 2 se há mais de um ano. APÓS RESPONDER A QUESTÃO 107 PULE PARA A QUESTÃO 123.
108. Qual a idade dele?	A idade deverá ser anotada em anos completos.
109. Qual a raça/cor deste parceiro?	Perguntar exatamente como está escrito e deixar a mulher responder. Se a mulher considera a raça/cor de seu parceiro branca deverá ser marcada a opção 1 “branca”, se preta deve ser assinalada a opção 2 “preta”, se “amarela” deverá ser assinalada a opção 3 amarela, se “parda” assinalar a opção 4 parda e se “indígena”, deverá marcar a opção 5 indígena.
110. Até que série ele estudou?	Marque a alternativa informada pela entrevistada. Se o parceiro atual nunca estudou assinale (00), se a mulher não sabe informar assinale (9). Mas se a respondente souber informar até que série o parceiro estudou, deve-se anotar o ano e o respectivo grau, exemplo, 8º ano do primeiro grau, de forma legível.
111. Ele trabalha?	Assinale 0 se atualmente o parceiro não está trabalhando e registre 1 se atualmente ele está trabalhando. O trabalho é remunerado.
112. Esse parceiro faz uso de drogas?	Nessa questão a entrevistadora deverá questionar sobre o uso de droga pelo parceiro. Se o parceiro faz uso de drogas deve assinalar 1, e responder sobre qual tipo. Se o parceiro não faz uso deve marcar 0, e se não sabe assinalar 9. SE NÃO FAZ USO DE DROGAS OU SE A ENTREVISTADA NÃO SABE INFORMAR PULE PARA A QUESTÃO 114.
113. SE SIM: Qual?	Deve-se questionar sobre cada tipo de droga, uma vez que pode usar mais de um tipo. Também deve-se perguntar sobre o uso de outras drogas que não foram citadas. NO CASO DE ASSINALAR 1 para OUTRO tipo de droga, a ENTREVISTADORA DEVE QUESTIONAR QUAL a droga usada pelo parceiro E REGISTRAR DE FORMA LEGÍVEL.
114. Seu parceiro bebe algum tipo de bebida que contenha álcool, como cerveja, vinho, bebida destilada?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se o parceiro NÃO bebe algum tipo de bebida alcoólica e registre 1 se bebe. Se assinalou 0 PASSE PARA A QUESTÃO 116.

115. Qual o consumo atual de bebida alcoólica do seu parceiro?	Marcar 1 se a entrevistada informar que o consumo de bebida alcoólica do parceiro é todos os dias (muito frequente), assinale 2 se informa que o consumo é 1 a 4 vezes por semana (frequente), registre 3 se o consumo é ocasional (1 a 3 vezes por mês), assinale 4 se consome raramente (menos de 1 vez no mês), e a opção 5 se consome menos de uma vez no ano (abstinente).
116. Seu parceiro fuma?	Marque 1, se a entrevistada informar que o parceiro fuma, e assinale 0 se ela informar que ele não fuma.
117. Ele é ciumento?	Assinale 1, se o parceiro é ciumento e marque 0 se ela informar que ele não é ciumento.
118. Ele é controlador?	Assinale 1, se o parceiro é controlador e marque 0 se ela informar que ele não é controlador.
119. A Sra. já se sentiu dependente dele?	Marque 1, se a entrevistada informar que já se sentiu dependente do parceiro, e assinale 0 se ela informar que nunca se sentiu dependente.
120. A Sra. já sentiu medo dele?	Marque 1, se a entrevistada informar que já sentiu medo do parceiro, e assinale 0 se ela informar que nunca sentiu medo.
121. Alguma vez seu parceiro não quis usar preservativo (camisinha) durante na relação sexual?	Marque segundo a resposta da entrevistada. Anote 0 se o resposta for não, e a opção 1 se o parceiro não quis usar preservativo na relação sexual.
122. Sem contar o uso de preservativo, alguma vez, seu parceiro íntimo pediu para a Sra. não usar algum método para evitar gravidez?	Marque segundo a resposta da entrevistada. Anote 0 se a resposta for não, e a opção 1 se o parceiro pediu para você não a usar método para evitar a gravidez.
APÓS RESPONDER A QUESTÃO 122 PASSE PARA A QUESTÃO 139	
Para mulheres que atualmente não tem parceiro íntimo, as questões devem ser relacionadas ao último parceiro que tiveram	
123. O seu último parceiro era do sexo masculino?	Marque segundo a resposta da entrevistada. Anote 0 se a resposta for não, e a opção 1 se for sim.
124. Qual a idade dele?	A idade deverá ser anotada em anos completos.
125. Qual a raça/cor dele?	Perguntar exatamente como está escrito e deixar a mulher responder. Se a mulher considera a raça/cor de seu parceiro branca deverá ser marcada a opção 1 “branca”, se preta deve ser assinalada a opção 2 “preta”, se “amarela” deverá ser assinalada a opção 3 amarela, se “parda” assinalar a opção 4 parda e se “indígena”, deverá marcar a opção 5 indígena.
126. Até que série ele estudou?	Marque a alternativa informada pela entrevistada. Se o parceiro nunca estudou assinale (00), se a mulher não sabe informar assinale (9). Mas se a respondente souber informar até que série o parceiro estudou, deve-se anotar o ano e o respectivo grau, exemplo, 8º ano do primeiro grau, de forma legível.
127. Ele trabalhava enquanto estavam juntos?	Assinale 0 se quando estavam juntos o parceiro não estava trabalhando e registre 1 se quando estavam juntos ele estava trabalhando. Trabalho remunerado.
128. Esse parceiro fazia uso de drogas enquanto estavam juntos?	Nessa questão a entrevistadora deverá questionar sobre o uso de droga pelo parceiro. Se o parceiro quando estavam juntos usava drogas deve assinalar 1, e responder sobre qual tipo. Se o parceiro não faz uso deve marcar 0, e se não sabe assinalar 9, nesses casos assinalados, PULE PARA A QUESTÃO 130.
129. SE SIM: Qual?	Deve-se questionar sobre cada tipo de droga, uma vez que pode usar mais de um tipo. Também deve-se perguntar sobre o uso de outras drogas que não foram citadas. NO CASO DE ASSINALAR 1 para OUTRO tipo de droga, a ENTREVISTADORA DEVE QUESTIONAR QUAL a droga usada pelo parceiro E REGISTRAR DE FORMA LEGÍVEL.
130. Seu parceiro bebia algum tipo de bebida que contenha álcool, como cerveja, vinho, bebida destilada?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se o parceiro NÃO bebe algum tipo de bebida alcoólica e registre 1 se bebe. Se assinalou 0 PASSE PARA A QUESTÃO 132.
131. Qual era o consumo de bebida alcoólica desse parceiro?	Marcar 1 se a entrevistada informar que o consumo de bebida alcoólica do parceiro é todos os dias (muito frequente), assinale 2 se informa que o consumo é 1 a 4 vezes por semana (frequente), registre 3 se o consumo é ocasional (1 a 3 vezes por mês), assinale 4 se consome raramente (menos de 1 vez no mês), e a opção 5 se consome menos de uma vez no ano (abstinente).

132. Ele fumava?	Marque 1, se a entrevistada informar que o parceiro fumava quando estavam juntos, e assinale 0 se ela informar que ele não fumava.
133. Ele era ciumento?	Assinale 1, se o parceiro era ciumento e marque 0 se ela informar que ele não era ciumento.
134. Ele era controlador?	Assinale 1, se o parceiro era controlador e marque 0 se ela informar que ele não era controlador.
135. A Sra. já se sentiu dependente dele?	Marque 1, se a entrevistada informar que já se sentiu dependente do último parceiro, e assinale 0 se ela informar que nunca se sentiu dependente.
136. A Sra. já sentiu medo dele?	Marque 1, se a entrevistada informar que já sentiu medo do último parceiro, e assinale 0 se ela informar que nunca sentiu medo.
137. Alguma vez esse parceiro não quis usar preservativo (camisinha) durante na relação sexual?	Marque segundo a resposta da entrevistada. Anote 0 se o resposta for não, e a opção 1 se o parceiro não quis usar preservativo na relação sexual.
138. Sem contar o uso de preservativo, alguma vez, esse parceiro íntimo pediu para a Sra. não usar algum método para evitar gravidez?	Marque segundo a resposta da entrevistada. Anote 0 se a resposta for não, e a opção 1 se o parceiro pediu para você não usar método para evitar a gravidez.

BLOCO 3

Violência Perpetrada pelo Parceiro Íntimo

Neste último bloco, conversaremos um pouco sobre suas experiências de vida:

139. A sua mãe já apanhou de algum parceiro?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se a mãe NÃO apanhou de algum parceiro íntimo e registre 1 se já apanhou.
140. A Sra. apanhava quando era criança?	Marque segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se a entrevistada não apanhava quando era criança e registre 1 se a entrevistada apanhava quando era criança.
141. A Sra. sofreu violência sexual quando criança?	Assinale 0 se a entrevista informa que NÃO sofreu violência sexual quando criança e registre 1 se sofreu violência sexual quando criança.
142. A Sra. já sofreu violência pelo parceiro alguma vez na vida?	Assinale 0 se a entrevista informa que NÃO sofreu violência pelo parceiro alguma vez na vida e registre 1 se sofreu violência. SE ASSINALOU 0 PASSE PARA A QUESTÃO 146.
143. A Sra. disse para alguém que tinha sofrido violência?	Assinale segundo a resposta da entrevistada. Marque 0 se a entrevistada Não disse para ninguém que havia sofrido violência e registre 1 se a mulher disse a alguém que havia sido vítima de violência. SE ASSINALOU 0 PASSE PARA A QUESTÃO 145.
144. Para quem a Sra. disse?	Nessa questão a entrevistadora deverá questionar para quem a mulher disse que era vítima de violência. Assinalar 1 se a entrevistada disse para a mãe/pai, marque 2 se filho(a), registre 3 se amiga(o), marque 4 se a entrevistada disse que sofria violência ao avô(ô). NO CASO DE ASSINALAR 1 para OUTRO, A ENTREVISTADORA DEVE QUESTIONAR para quem a mulher disse que sofria violência E REGISTRAR DE FORMA LEGÍVEL.
145. Seus filhos estavam presentes em algum desses episódios de violência?	Assinale 0 se os filhos não presenciaram a violência, registre 1 se os filhos presenciaram a violência e marque 2, no caso da mulher não ter filho.

Conversaremos mais um pouco sobre suas experiências de vida

QUESTÕES REFERENTES À VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Ao longo da sua vida

146. Insultou-a ou fez com que a Sra. se sentisse mal a respeito de si mesma	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
147. Humilhou a Sra. diante de outras pessoas	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
148. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
149. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem a Sra. gosta	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.

QUESTÕES REFERENTES À VIOLÊNCIA FÍSICA

Ao longo da sua vida

150. Deu-lhe um tapa ou jogou algo na Sra. que poderia machucá-la	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
---	---

151. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
152. Machucou-a com um soco ou com algum objeto	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
153. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou a Sra.	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
154. Estrangulou ou queimou a Sra. de propósito	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
155. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma de arma contra a Sra.	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
QUESTÕES REFERENTES À VIOLÊNCIA SEXUAL	
Ao longa da sua vida	
156. Forçou-a manter relações sexuais quando a Sra. não queria.	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
157. A Sra. teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer se a Sra. não aceitasse ter relação	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
158. Forçou-a a uma relação sexual humilhante	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
Agora gostaria de saber se	
Nos últimos 12 meses o seu parceiro íntimo	
QUESTÕES REFERENTES À VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	
159. Insultou-a ou fez com que a Sra. se sentisse mal a respeito de si mesma	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
160. Humilhou a Sra. diante de outras pessoas	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
161. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
162. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem a Sra. gosta	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
QUESTÕES REFERENTES À VIOLÊNCIA FÍSICA	
Nos últimos 12 meses o seu parceiro íntimo	
163. Deu-lhe um tapa ou jogou algo na Sra. que poderia machucá-la	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
164. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
165. Machucou-a com um soco ou com algum objeto	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
166. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou a Sra.	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
167. Estrangulou ou queimou a Sra. de propósito	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
168. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma de arma contra a Sra.	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
QUESTÕES REFERENTES À VIOLÊNCIA SEXUAL	
Nos últimos 12 meses o seu parceiro íntimo	
169. Forçou-a manter relações sexuais quando a Sra. não queria.	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
170. A Sra. teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer se a Sra. não aceitasse ter relação	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.
171. Forçou-a a uma relação sexual humilhante	Assinale 0 se a resposta for negativa e 1 se a resposta for positiva.

ANEXO 2

Folder com orientações sobre a prevenção do câncer de colo do útero do INCA

Informe-se sobre o exame preventivo do câncer do colo do útero.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado. Em caso de dificuldade para marcação de consultas e exames em seu município, procure a Secretaria Municipal de Saúde ou o Conselho Municipal de Saúde para orientações e providências.

DISQUE SAÚDE 136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Câncer: INFORMAÇÃO pode SALVAR VIDAS
www.inca.gov.br

INCA
SUS
Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Prevenção e tratamento do câncer de colo de útero e de mama.
Um cuidado que vale para toda vida.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

INCA

Direito de Comunicação Social - INCA / 2012
nº 435

O que é câncer do colo do útero?

É um tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero, que se localiza no fundo da vagina. Essas alterações são chamadas de lesões precursoras e são curáveis na maioria das vezes. Se não tratadas podem, após alguns anos, se transformar em câncer.

O que a mulher pode sentir?

Quando a mulher tem uma lesão precursora não sente nada. Apenas o exame preventivo pode descobrir a alteração. O câncer no início também não dá sinais. Porém, mais tarde, podem aparecer corrimento, sangramento e dor.

O que pode levar ao câncer do colo do útero?

A causa é a infecção persistente pelo Papilomavírus Humano, o vírus HPV. Existem mais de 100 tipos de HPV, embora poucos causem o câncer do colo do útero. A infecção pelo HPV é muito frequente e quase sempre cura-se espontaneamente, ou seja, a persistência da infecção e a evolução para o câncer são raras. Embora o HPV seja um vírus sexualmente transmissível, o uso de preservativo (camisinha) não impede totalmente o contágio.

O fumo aumenta o risco do câncer.

Como evitar o câncer do colo do útero?

Fazendo o exame preventivo (Papanicolaou). Quando as alterações que antecedem o câncer são identificadas e tratadas, é possível prevenir a doença em 100% dos casos.

O que é exame preventivo?

É a coleta de material do colo do útero por meio de espátula e escovinha. Este material é enviado ao laboratório para análise. O exame é rápido e, para a maioria das mulheres, não causa dor. Em alguns casos, pode provocar incômodo passageiro.

Quem deve se submeter ao exame?

Mulheres entre 25 e 64 anos que têm ou já tiveram atividade sexual.

Com que frequência deve ser feito o preventivo?

Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano. Se os resultados desses exames forem normais, o exame passará a ser feito a cada três anos.

O exame pode ser feito durante a gravidez se estiver na época recomendada.

Quais os cuidados para a realização do exame preventivo?

- Não estar menstruada.
- No dia anterior ao exame: não ter relação sexual e não usar duchas, lubrificantes ou medicamentos vaginais.

Em caso de sangramento fora do período menstrual, a mulher deve sempre ser examinada por médico.

O que fazer após o exame?

A mulher deve retornar ao local onde foi realizado o exame para receber o resultado e as orientações. Tão importante quanto realizar o exame é saber o resultado.

E se o resultado der alguma alteração?

O médico poderá solicitar a repetição do exame preventivo ou encaminhar a mulher para a realização de outros tipos de exame. Caso necessário, será indicado um tratamento.

ANEXO 3

Análises realizadas e não incluídas nos manuscritos, considerando as limitações impostas em relação ao tamanho do artigo.

Observa-se na Tabela 1 a prevalências das violências vivenciadas ao longo da vida. Nota-se que a violência psicológica foi a mais frequente (57,6%), seguida da violência física (39,3%) e sexual (18,0%). Cerca de 63,0% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência ao longo da vida.

Tabela 1 – Prevalência das violências contra a mulher vivenciadas ao longo da vida. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014 (n=991).

Violência	N	P (IC 95%)
Psicológica		
Não	420	42,4 (39,3-45,9)
Sim	571	57,6 (54,5-60,7)
Sexual		
Não	813	82,0 (79,5-84,3)
Sim	178	18,0 (15,7-20,5)
Física		
Não	602	60,7 (57,7-63,7)
Sim	389	39,3 (36,2-42,3)
Geral		
Não	372	37,5 (34,6-40,6)
Sim	619	62,5 (59,4-65,4)

Verifica-se dentre as participantes do estudo, que a maioria teve a primeira menstruação antes dos 13 anos, faz uso de método contraceptivo, teve entre uma ou duas gestações, a primeira relação sexual ocorreu aos 15 anos ou mais e no último ano teve um parceiro sexual. Ao associar com as violências vivenciadas nos últimos 12 meses observa-se uma associação entre o número de gestação, a coitarca e o número de parceiros sexuais. Mulheres com três filhos ou mais são mais frequentemente vítimas de violência psicológica e sexual ($p < 0,05$). Maiores prevalências de violências sexual, física e psicológica também são observadas entre as mulheres que afirmaram ter mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses. Quanto à coitarca, mulheres que tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos foram mais vezes vítimas da violência física praticada pelo parceiro íntimo (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos tipos de violência nos últimos 12 meses de acordo com as características obstétricas e ginecológicas da mulher. Março a setembro, 2014 (n=991).

Ginecológicas e obstétricas da mulher	N	Violência psicológica		Violência sexual		Violência física	
		P (IC 95%)	p-valor	P (IC 95%)	p-valor	P (IC 95%)	p-valor
Idade da menarca (anos)							
Antes dos 13	418	24,4 (20,5-28,8)	0,567	6,2 (4,3-9,0)	0,507	10,0 (7,5-13,3)	0,886
13- ou mais	573	26,0 (22,6-29,8)		5,2 (3,7-7,4)		9,8 (7,6-12,5)	
Uso de método contraceptivo							
Não	449	23,4 (19,7-27,5)	0,201	5,6 (3,8-8,1)	0,918	9,1 (6,8-12,2)	0,467
Sim	542	26,9 (23,4-30,8)		5,7 (4,0-8,0)		10,5 (8,2-13,4)	
Número de gestações							
Nenhuma	134	18,7 (12,9-26,2)	0,003	1,5 (0,4-5,8)	0,009	6,7 (3,5-12,4)	0,185
1-2	477	22,6 (19,1-26,6)		4,8 (3,2-7,1)		9,2 (6,9-12,2)	
3 ou mais	380	31,0 (26,6-35,9)		8,1 (5,8-11,4)		11,8 (8,9-15,5)	
Coitarca							
Antes dos 15	118	32,2 (24,4-41,2)	0,067	8,5 (4,6-15,1)	0,157	17,8 (11,9-25,8)	0,002
15 ou mais	873	24,4 (21,6-27,4)		5,3 (4,0-7,0)		8,8 (7,1-10,9)	
Parceiros sexuais no último ano							
1	874	23,6 (20,9-26,5)	0,001	4,8 (3,6-6,4)	0,002	8,6 (6,9-10,6)	0,000
2 ou mais	117	38,5 (30,0-47,6)		12,0 (7,2-19,2)		19,7 (13,4-27,9)	

Quanto à associação entre as características do parceiro íntimo e os tipos de violência (Tabela 3). Mulheres cujo parceiro é fumante e possui trabalho remunerado apresentam maiores frequências de todos os tipos de violência. Verifica-se ainda uma maior prevalência de violência psicológica e física entre as mulheres que têm parceiro com até oito anos de escolaridade, fazem uso de drogas, ingerem bebida alcoólica e são controladores ($p < 0,05$).

Tabela 3 - Distribuição dos tipos de violência nos últimos 12 meses de acordo com as características do parceiro. Março a setembro, 2014 (n=938).

Características do parceiro	N	Violência psicológica		Violência sexual		Violência física	
		P (IC 95%)	p-valor	P (IC 95%)	p-valor	P (IC 95%)	p-valor
Idade (anos)							
Até 40	492 (52,4)	23,6 (20,0-27,5)	0,549	3,9 (2,5-6,0)	0,066	9,8 (7,4-12,7)	0,774
41 – 59	378 (40,3)	26,7 (22,5-31,4)		7,4 (5,1-10,5)		8,5 (6,0-11,7)	
60 ou mais	68 (7,2)	23,5 (14,9-35,1)		4,4 (1,4-12,9)		10,3 (4,9-20,2)	
Raça-cor							
Branca	313 (34,4)	22,0 (17,8-27,0)	0,116	4,8 (2,9-7,8)	0,875	6,4 (4,1-9,7)	0,095
Negra	233 (25,6)	29,6 (24,1-35,8)		5,6 (3,3-9,4)		11,2 (7,7-15,9)	
Parda	363 (39,9)	24,0 (19,8-28,6)		4,7 (2,9-7,4)		10,5 (7,7-14,1)	
Escolaridade**							
Até 8 anos	303 (33,8)	30,4 (25,4-35,8)	0,008	6,3 (4,0-9,6)	0,454	12,5 (9,2-16,8)	0,026
Mais de 8	592 (66,1)	22,3 (19,1-25,8)		5,1 (3,6-7,2)		7,9 (6,0-10,4)	
Possui trabalho remunerado							
Não	123 (13,1)	35,0 (27,0-43,8)	0,005	9,8 (5,6-16,4)	0,019	17,1 (11,4-24,8)	0,001
Sim	815 (86,9)	23,3 (20,5-26,3)		4,7 (3,4-6,3)		8,1 (6,4-10,2)	
Usa drogas							
Não	854 (91,0)	23,6 (20,9-26,6)	0,000	5,1 (3,8-6,8)	0,523	8,7 (6,9-10,7)	0,007
Sim	59 (6,3)	45,8 (33,5-58,6)		8,5 (3,5-18,9)		20,3 (11,9-32,6)	
Não sabe	25 (2,7)	16,0 (6,0-36,2)		4,0 (0,5-24,3)		4,0 (0,5-24,3)	
Fuma							
Não	625 (66,6)	21,1 (18,1-24,5)	0,001	4,3 (3,0-6,2)	0,022	7,7 (5,8-10,0)	0,034
Sim	179 (19,1)	33,0 (26,4-40,2)		9,5 (6,0-14,8)		14,0 (9,6-19,9)	
Ex-fumante	134 (14,3)	31,3 (24,0-39,7)		4,5 (2,0-9,6)		10,4 (6,3-16,9)	
Ingere bebida alcoólica							
Não	396 (42,2)	18,9 (15,4-23,1)	0,000	3,8 (2,3-6,2)	0,072	6,8 (4,7-9,8)	0,027
Sim	542 (57,8)	29,1 (25,5-33,1)		6,5 (4,7-8,9)		11,1 (8,7-14,0)	
Ciumento							
Não	441 (47,0)	19,9 (16,5-23,9)	0,001	3,8 (2,4-6,1)	0,058	7,3 (5,2-10,1)	0,045
Sim	497 (53,0)	29,2 (25,3-33,3)		6,6 (4,7-9,2)		11,1 (8,6-14,1)	
Controlador							
Não	486 (51,8)	16,5 (13,4-20,0)	0,000	4,1 (2,7-6,3)	0,086	6,0 (4,2-8,5)	0,000
Sim	452 (48,2)	33,8 (29,6-38,3)		6,6 (4,7-9,3)		12,8 (10,0-16,2)	

*N=909; **N=895

A Tabela 4 mostra não haver associação entre os tipos de violências vivenciadas e a realização do exame de Papanicolaou.

Tabela 4 - Associação entre as violências praticadas pelos parceiros íntimos nos últimos 12 meses e a realização do exame de Papanicolaou. Março a setembro, 2014 (n=991).

Violência	N	Realizou	Não realizou	p-valor
Psicológica				
Não	420		4,8 (3,1-7,3)	0,251
Sim	571		3,3 (2,1-5,2)	
Sexual				
Não	813		4,1 (2,9-5,6)	0,669
Sim	178		3,4 (1,5-7,3)	
Física				
Não	602		4,1 (2,8-6,1)	0,661
Sim	389		3,6 (2,1-6,0)	
Geral				
Não	372		5,1 (3,3-7,9)	0,141
Sim	619		3,2 (2,1-4,9)	

APÊNDICE

APÊNDICE

Folder com orientações sobre a Violência Contra a Mulher

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

SAIBA ONDE PROCURAR AJUDA	
Órgão	Telefone
Denúncia	Disque 180
Emergência	Polícia Militar (190) Polícia Civil (197)
Delegacia de atendimento à Mulher - Vitória	3137- 9115
Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CAVVID)	3382-5464 3382-5465
Serviço de Atendimento à Vítimas de Violência do Município de Vitória (SASV)	3332-3290
PAVVIS (Programa de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual)	3335-7184

ELABORAÇÃO

Profa. Ms. Franciele Marabotti Costa Leite (UFES)

Profa. Dra. Denise Petrucci Gigante (UFPEL)

Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim (UFES)

COLABORAÇÃO

Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NUPREVI) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória.

APOIO







VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER



UM GRAVE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A violência contra a mulher afeta a saúde da vítima. Tem como consequências: gravidez indesejada, abortos, doenças sexualmente transmissíveis, problemas cardiovasculares, gastrointestinais, dores crônicas, ansiedade, estresse, depressão e há ainda, evidências de menor frequência da realização de exame preventivo para o câncer do colo do útero.



**Não se cale
Diante da violência!**

**Busque ajuda
Cuide-se!**

A Lei Maria da Penha define como formas de violência contra a mulher

Violência Física - qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.

Violência Psicológica - qualquer dano emocional, diminuição da autoestima, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, perseguição, insulto e chantagem.

Violência Sexual - conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada.

Violência Patrimonial - retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho ou recursos econômicos.

Violência Moral - conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

O que é a violência contra a mulher?

É qualquer ato ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher.

O que é a Lei Maria da Penha?

É a lei que aumenta o rigor das punições aos casos de violência contra a mulher quando ocorridas no ambiente doméstico ou familiar e prevê a adoção de políticas públicas voltadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

