



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Gabriela Cristine Cavalcante Lopes

**Processo de rastreamento do câncer do colo uterino: uma análise
socioecológica das percepções de mulheres com vulnerabilidades sociais**

Rio de Janeiro

2024

Gabriela Cristine Cavalcante Lopes

Processo de rastreamento do câncer do colo uterino: uma análise socioecológica das percepções de mulheres com vulnerabilidades sociais

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/B

S586 Lopes, Gabriela Cristina Cavalcante
Processo de rastreamento do câncer do colo uterino : uma análise socioecológica das percepções de mulheres com vulnerabilidades sociais / Gabriela Cristina Cavalcante Lopes. – 2024.
160 f.

Orientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Neoplasias do colo do útero - Teses. 2. Mulheres - Saúde - Teses. 3. Vulnerabilidade em saúde - Teses. 4. Atenção primária à saúde - Teses. I. Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. III. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário: Felipe Vieira Queiroz Xavier CRB: RJ - 230047/S

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

Assinatura

Data

Gabriela Cristine Cavalcante Lopes

Processo de rastreamento do câncer do colo uterino: uma análise socioecológica das percepções de mulheres com vulnerabilidades sociais

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem.

Aprovada em 06 de março de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Ana Luiza de Oliveira Carvalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Ricardo José Oliveira Mouta
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2024

RESUMO

LOPES, Gabriela Cristine Cavalcante. *Processo de rastreamento do câncer do colo uterino: uma análise socioecológica das percepções de mulheres com vulnerabilidades sociais*. 2024. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

As mulheres jovens com baixa escolaridade e que vivem nos países mais pobres do mundo representam 85% das pessoas acometidas pelo Câncer do Colo do Útero (CCU). Dada a relevância, objetivou-se por meio desta pesquisa analisar o processo de rastreamento do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde e os fatores relacionados à sua adesão na perspectiva das mulheres em vulnerabilidade social. Mais especificamente, buscou-se (i) descrever as percepções das mulheres em vulnerabilidade social acerca do exame de prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e (ii) caracterizar os fatores facilitadores e limitadores do processo de rastreamento desse câncer na atenção primária à saúde sob a ótica das mulheres. Para tanto, esta pesquisa, de caráter qualitativo e com delineamento descritivo, foi realizada com 20 mulheres beneficiárias do programa federal de transferência de renda e usuárias de unidade básica no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada entre maio e julho de 2023 por meio de entrevistas semiestruturadas e individuais. A interpretação dos dados pautou-se na análise temática de Braun e Clarke (2006) e no modelo socioecológico da saúde. As categorias temáticas do estudo foram: Percepções das mulheres em vulnerabilidade social acerca do exame preventivo do CCU e Fatores relacionados ao processo de rastreamento do CCU. Os resultados indicam que as participantes detêm percepções positivas e negativas acerca do rastreamento do CCU. No primeiro caso, destacam-se positivamente a valorização do exame preventivo e o entendimento de sua importância para a saúde da mulher, enquanto, do ponto de vista negativo, observa-se que foram externados sentimentos como medo, vergonha e desconforto. Os fatores dificultadores do rastreamento do CCU foram as barreiras de acesso e dificuldades com as informações sobre o rastreamento do CCU, o seguimento do exame preventivo e o acolhimento dos profissionais de saúde. As principais barreiras abarcam fatores relativos ao nível institucional do modelo socioecológico da saúde e que prejudicam a qualidade assistencial do processo de rastreamento. No entanto, há fatores facilitadores desse processo e relacionados com as potencialidades do serviço, como a satisfação com o atendimento e a estrutura organizacional, o vínculo com a equipe e o acesso facilitado ao atendimento. Os resultados indicam que é necessário ampliar o investimento na educação em saúde e nas campanhas de saúde pública, juntamente com ações para mudança da postura do profissional de saúde, a fim de melhorar a adesão das mulheres com vulnerabilidade social e a qualidade do rastreamento do CCU na atenção primária. Apesar dos avanços na cobertura do exame preventivo com a expansão da ESF na rede básica municipal, ainda há entraves para o alcance da cobertura preconizada para o rastreamento do CCU na população feminina, sendo necessário enfrentar essas barreiras para superação das iniquidades em saúde, principalmente no grupo populacional mais vulnerável. As percepções das mulheres acerca do exame preventivo determinam as suas condutas preventivas e o conhecimento sobre o rastreamento do CCU influencia no autocuidado, reforçando o papel do profissional do enfermeiro no acolhimento dessa população vulnerável e da educação em saúde para a melhoria do processo assistencial.

Palavras-chave: neoplasias do colo do útero; prevenção secundária; vulnerabilidade em saúde; saúde da mulher; atenção primária à saúde; enfermagem.

ABSTRACT

LOPES, Gabriela Cristine Cavalcante. *Cervical cancer screening process: a social ecological analysis of the perceptions of women with social vulnerabilities*. 2024. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Young women with low education and living in the poorest countries in the world account for 85% of people affected by Cervical Cancer (CC). Given its relevance, the objective of this research was to analyze the cervical cancer screening process in primary health care and the factors related to its adherence from the perspective of socially vulnerable women. More specifically, we sought to (i) describe the perceptions of women in social vulnerability regarding the examination for prevention and early detection of cervical cancer and (ii) characterize the factors that facilitate and limit the screening process for this cancer in primary health care from the women's perspective. Therefore, this study, of a qualitative nature and with a descriptive design, was carried out with 20 women beneficiaries of the federal income transfer program and users of a primary health care unit in the city of Rio de Janeiro. Data collection was carried out between May and July 2023 through semi-structured and individual interviews. Data interpretation was based on the thematic analysis by Braun and Clarke (2006) and the social ecological model of health. The thematic categories of the study were: Perceptions of socially vulnerable women regarding preventive CC screening and Factors related to the CC screening process. The results indicate that participants have positive and negative perceptions about CC screening. In the first case, the appreciation of preventive examination and the understanding of its importance for women's health stand out positively, while, from a negative point of view, it is observed that feelings such as fear, shame, and discomfort were expressed. The factors hindering CC screening were access barriers and difficulties with information about CC screening, preventive tests follow-up, and embracement by healthcare professionals. The main barriers include factors related to the institutional level of the social ecological model of health and which impair the quality of care in the screening process. However, there are factors that facilitate this process and are related to the potential of the service, such as satisfaction with the service and organizational structure, the bond with the team, and easier access to care. The results indicate that it is necessary to increase investment in health education and public health campaigns, together with actions to change the attitude of health professionals, to improve the adherence of socially vulnerable women and the quality of CC screening in primary care. Despite advances in preventive examination coverage with the expansion of the Family Health Strategy (ESF) in the municipal primary care network, there are still obstacles to achieve the recommended coverage for the CC screening in the female population, and these barriers have to be faced so as that health inequities, especially in the most vulnerable population group, are overcome. Women's perceptions about the preventive exam determine their preventive behaviors and knowledge about CC screening influences self-care, reinforcing the role of the nursing professional in embracing this vulnerable population and providing health education to improve the care process.

Keywords: uterine cervical neoplasms; secondary prevention; health vulnerability; women's health; primary health care; nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo Socioecológico da Saúde.....	47
Figura 2 -	Modelos aplicados na análise do processo de rastreamento do CCU na atenção primária à saúde em mulheres com vulnerabilidade social.....	50
Quadro 1 -	Categorias temáticas e subtemas correspondentes.....	60
Figura 3 -	Modelo socioecológico dos fatores relacionados com o processo de rastreamento do CCU sob a perspectiva das mulheres em vulnerabilidade social.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIRG	Agência Internacional de Pesquisa Sobre o Câncer
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Análise Temática
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CCU	Câncer do Colo do Útero
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GM/MS	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
HPV	Papilomavírus Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPS	Índice de Progressão Nacional
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LFS	Letramento Funcional em Saúde
LGBTQIA	Lésbica, Gay, Bissexual, Travestis, Queer, Intersexuais, Assexual
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNCCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SG	Síndrome Gripal
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária, Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	CONTEXTO SOCIAL DO OBJETO E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	19
1.1	Marcos das Políticas de Saúde da Mulher e da Prevenção e Controle do Câncer do Colo Uterino no Brasil.....	19
1.2	Recomendações para o Processo de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.....	23
2	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	31
2.1	Conceito de Gênero e suas interfaces com a Saúde das Mulheres.....	31
2.2	Vulnerabilidades e abordagem interseccional na saúde: conexões com o Câncer do Colo do Útero.....	38
2.3	Modelo Socioecológico da Saúde.....	45
3	MÉTODOLOGIA.....	51
3.1	Delineamento do estudo.....	51
3.2	Campo de pesquisa.....	51
3.3	Participantes do estudo.....	53
3.4	Técnica de coleta de dados.....	55
3.5	Técnica de análise dos dados.....	58
3.6	Questões éticas da pesquisa.....	60
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
4.1	Percepções das mulheres em vulnerabilidade social acerca do exame preventivo do Câncer do Colo do Útero.....	64
4.1.1	<u>Percepções positivas do exame preventivo.....</u>	65
4.1.2	<u>Percepções negativas do exame preventivo.....</u>	69
4.2	Fatores relacionados ao processo de rastreamento do Câncer de Colo do Útero.....	74
4.2.1	<u>Fatores limitadores do processo de rastreamento.....</u>	74
4.2.2	<u>Fatores facilitadores do processo de rastreamento.....</u>	105
	CONCLUSÃO.....	113
	REFERÊNCIAS.....	116
	APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico das participantes.....	132

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	134
APÊNDICE C – Termo de Autorização Institucional.....	136
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	137
APÊNDICE E – Códigos constituintes nas categorias.....	138
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ.....	143
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro.....	148

INTRODUÇÃO

Esta Dissertação tem como objeto de estudo o processo de rastreamento do câncer do colo uterino na atenção primária à saúde segundo as mulheres em vulnerabilidade social. Entende-se como processo de rastreamento do Câncer de Colo do Útero (CCU) um seguimento complexo em múltiplas etapas, que consiste na realização do exame de rastreamento, identificação dos casos positivos, confirmação diagnóstica e tratamento (Instituto Nacional do Câncer, 2011).

O interesse por essa temática adveio da minha prática profissional como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao perceber uma baixa adesão das mulheres ao rastreio do CCU pelo exame citopatológico do colo do útero, conhecido também como exame de Papanicolau, além da baixa adesão ou ausência de segmento das mulheres após o exame pela unidade básica de saúde (UBS), resultando em diagnóstico tardio do CCU na Atenção Primária à Saúde (APS).

A problemática da baixa adesão ao rastreamento do CCU foi acentuada durante o período de pandemia da COVID-19 devido ao isolamento social. Associado a isto, as UBS realizaram apenas os serviços considerados essenciais e os atendimentos dos casos de Síndrome Gripal (SG), adiando os exames de rastreamento do CCU, dentre outros exames e procedimentos, em razão da diminuição do acesso a esses serviços (Santos, 2021). Tais interrupções dos cuidados primários à saúde devido à COVID-19 dificultaram significativamente quase todos os aspectos das infraestruturas de prevenção do câncer.

Santos *et al.* (2021) afirmam que ainda é muito cedo para determinar o real impacto da pandemia da COVID-19 na saúde da mulher, pois as consequências se observarão apenas a longo prazo. No entanto, já se tem como resultado a diminuição significativa do acesso aos exames de rastreamento, o que pode impactar no diagnóstico tardio ou piora do prognóstico.

Semelhantemente, nos Estados Unidos da América (EUA), conforme relatado por Carcino *et al.* (2020), foi recomendado que a população deveria pausar os seus planos de rastreamento de câncer durante o período pandêmico da COVID-19. Essa orientação, juntamente com outros fatores contextuais, como o isolamento social, ocasionou interrupções drásticas nos serviços oncológicos. Estima-se que os exames de colo do útero caíram 94% entre 20 de janeiro de 2020 e 21 de abril de 2020. Essa lacuna nos serviços de rastreamento do

câncer pode ter impactado significativamente as pacientes, profissionais e sistemas de saúde do país.

Embora a pandemia da COVID-19 tenha afetado fortemente os sistemas de saúde em todo o mundo, garantir que mulheres e adolescentes continuem a receber esses tipos de serviços é um imperativo moral (OMS, 2020). Destaca-se que o CCU é uma doença evitável e é curável por meio do diagnóstico precoce e tratamento oportuno, mas continua a ser um dos cânceres mais comuns entre as mulheres com desfecho de morte em todo o mundo (OMS, 2020), o que ressalta a importância das ações para a prevenção e controle do CCU.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que o número anual de novos casos do CCU aumentará de 570.000 para 700.000 entre 2018 e 2030, com o número anual de mortes projetadas para aumentar de 311.000 para 400.000. Sobre o assunto, vale ressaltar que 90% das 311.000 mortes ocorridas no ano de 2018 foram registradas em países de baixa e média renda (OMS, 2020).

Além dessa projeção sombria, mais de 85% das pessoas afetadas são mulheres jovens, com baixa escolaridade e que vivem nos países mais pobres do mundo (OMS, 2020). São poucas as doenças que refletem tanto as desigualdades globais como o CCU. Em países de baixa e média renda, a sua incidência é quase duas vezes maior e as taxas de mortalidade três vezes maiores do que em países de alta renda. A previsão é que a carga global do CCU continue a aumentar, chegando a 700.000 casos e 400.000 mortes em 2030, sobretudo entre mulheres de países de baixa e média renda, refletindo a gravidade da desigualdade na distribuição da morbidade e mortalidade por câncer do colo do útero no mundo. Em face dessa magnitude, metas para a melhoria das ações de prevenção, rastreamento e tratamento do CCU foram estabelecidas pela OMS para esses países até 2030 (OMS, 2020).

O CCU é o quarto câncer mais frequentemente diagnosticado e a quarta principal causa de morte por câncer em mulheres no mundo. Em nível global, estimam-se 604.000 novos casos e 342.000 mortes em 2020, sendo a neoplasia mais comumente diagnosticada em 23 países e a principal causa de morte por câncer em 36 países. A grande maioria desses países é da África Subsaariana, Melanésia, América do Sul e Sudeste Asiático (Sung, 2020).

Portanto, apesar da situação do câncer ter se modificado com as ações de rastreamento, a maior incidência está em países em desenvolvimento, tornando-se um importante problema de saúde pública e permanecendo entre as principais causas de morte da população feminina (Brasil, 2011). Os países que implementaram programas de rastreamento organizados reduziram a incidência para menos de dez casos por cem mil mulheres/ano. Já em

cenários sem essa intervenção, as taxas de incidência podem ultrapassar 70 casos por cem mil mulheres (Claro; Lima; Patty, 2021). Ademais, a experiência de alguns países com sistemas de saúde integrados mostra que a incidência do CCU pode ser reduzida em até 80% com o rastreamento citológico adequadamente implementado, com qualidade, acompanhado pelo seguimento adequado e oportuno das mulheres (Fernandes *et al.*, 2019).

Na América Latina, a incidência e a mortalidade por câncer estão aumentando. Embora sejam necessários serviços de rastreio do câncer eficazes, acessíveis a toda população e que permitam a detecção precoce, há disparidades na adesão ao rastreio, sugerindo a influência de determinações sociais no uso dos serviços de rastreamento de câncer, tais como: renda, nível educacional, estado civil e tipo de prestador de saúde. (Nuche-Berenguer; Sakellariou, 2019). No entanto, o CCU pode ser efetivamente prevenido por meio de triagem e tratamento de lesões pré-cancerosas (Fonseca *et al.*, 2021). Além disso, se o câncer for detectado em seus estágios iniciais e tratado prontamente, as taxas de cura superiores a 90% podem ser alcançadas (Simelela, 2021).

No Brasil, o câncer do colo do útero ocupa a terceira posição entre as neoplasias malignas em mulheres, com 15,43 casos por 100.000 mulheres por ano, e o quarto lugar em mortalidade (Primo *et al.*, 2021) sendo que esta apresentou crescimento nos últimos anos com maior percentual de óbitos na faixa etária de 50-54 anos. Ressalta-se ainda que tais dados não englobam a identificação de óbitos entre mulheres na faixa etária não contemplada nas recomendações para o rastreio dessa neoplasia no país (Tallon *et al.*, 2020).

Assim, constata-se a tendência crescente na taxa de mortalidade por câncer de colo uterino. No total de óbitos, a mortalidade é maior na população negra, enquanto a relação com o nível de escolaridade é maior em mulheres que não possuem nenhuma escolaridade. Portanto, certas condições sociais desfavoráveis podem agravar a doença por questões relacionadas ao gênero, raça e classe, requerendo uma assistência à saúde da mulher baseada no princípio da integralidade e atenta para a vulnerabilidade social da população feminina, a fim de favorecer a efetividade das ações de prevenção e controle do câncer do colo de útero (Fernandes *et al.*, 2019).

Neste sentido, destaca-se que a concepção de determinações sociais de saúde relacionada com o conceito de vulnerabilidade revela as limitações do paradigma estritamente biológico para a abordagem do processo saúde-doença, uma vez que está estritamente associado a fatores como trabalho, renda, saneamento básico, acesso a bens, serviços e informação (Carmo; Guizardi, 2018).

Corroborando com essa perspectiva, Fernandes *et al.* (2019) identificaram que mulheres com algum tipo de deficiência sofrem entraves na realização do exame Papanicolau. Além das barreiras arquitetônicas, há obstáculos atitudinais de familiares e profissionais de saúde, como os estigmas e estereótipos, conformando-se numa violência simbólica às mulheres, sendo que o mesmo ocorre em relação à orientação sexual. Assim sendo, aliada com a competência técnica, o profissional de saúde precisa ter sensibilidade no agir em saúde, atuando através de escuta qualificada e relação dialogada, para reconhecer as vulnerabilidades e produzir o cuidado.

O termo vulnerabilidade, etimologicamente, é derivado das palavras “*vulnerare*”, que significa ferir, prejudicar, e *bile*, correspondente a “suscetível a”. Na saúde, esse termo está associado ao reconhecimento de que o ser humano pode ser suscetível a danos ou riscos devido a desvantagens sociais, sendo um conceito multifatorial que se refere aos fatores sobrepostos ou combinados que produzem situações de vulnerabilidade. Por ser multidimensional, a vulnerabilidade abarca componentes subjetivos, biológicos, materiais, relacionais e culturais (Ferreira, 2021).

Portanto, o ser humano vulnerável é aquele que não necessariamente sofrerá danos, mas está mais suscetível a um dano em virtude de possuir desvantagens sociais que interferem no alcance de patamares mais elevados de qualidade de vida em sociedade em função de sua cidadania fragilizada. Assim sendo, a vulnerabilidade não é uma condição natural, mas está associada a situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos (Carmo; Guizardi, 2018).

No Sistema Único de Saúde (SUS), o controle da neoplasia dá-se por meios do acesso aos serviços de saúde organizados, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. No entanto, o Brasil apresenta desigualdades sociais que impactam na qualidade de vida e saúde de sua população (Fonseca *et al.*, 2021). Todavia, apesar dos esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção do câncer de colo uterino, persistem altas as taxas de incidência e mortalidade por essa neoplasia, revelando que resultados alcançados estão aquém dos esperados.

Por outro lado, sabe-se que as vacinas contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) são altamente eficazes, contribuem para a diminuição significativa das infecções por HPV e, conseqüentemente, das lesões neoplásicas cervicais. Contudo, no Brasil, a cobertura vacinal tem ficado abaixo do necessário para uma ação efetiva haja vista as barreiras logísticas de acesso e a falta de educação em saúde da população (Primo *et al.*, 2021). Além disso, as ações dos serviços de saúde são organizadas de acordo com o contexto local, podendo atuar como

um fator facilitador ou limitador do acesso das mulheres (Fonseca *et al.*, 2021).

Outra barreira à vacinação identificada foi a internet, pois a redução da confiança em vacinas foi associada a mobilização *online* antivacinas. Tal situação fez com que a crescente vinculação de informações falsas, hoje conhecida com *Fake News*, se tornasse um problema de saúde pública, pois, gera a hesitação vacinal, que tem sido apontada como causa na queda da cobertura vacinal em outros países. A desinformação ou a insuficiência de informação são fatores de risco para hesitação vacinal, que são motivadas por fake News. Portanto, o indivíduo não-esclarecido está mais propício a realizar pesquisas virtuais e, conseqüentemente, mais exposto a informações errôneas que podem influenciar em sua decisão (Frugoli *et al.*, 2021).

O avanço da tecnologia facilitou a propagação das *Fake News*, isto é, informações comprovadas como falsas, que tem a capacidade de prejudicar a terceiros e foi colocada em circulação por má fé. Com relação a cobertura vacinal contra o HPV, em 2019, o Ministério da Saúde reconheceu as *Fake News* como causa da dificuldade de aumentar a cobertura vacinal contra o HPV em meninas. Essas notícias falsas geram desconfiança em relação à segurança e eficácia da vacina, além de difundir informações incorretas sobre os efeitos colaterais, o que dificulta os esforços das organizações de saúde para melhorar as condições de vida da população, gerando conseqüências graves para saúde feminina devido ao quadro de vulnerabilidade imunológica gerada pela baixa adesão vacinal (Fernandes; Silva, 2023).

O incentivo à prevenção e à detecção precoce tem destaque nos programas de saúde, local onde se espera que as ações preventivas e de educação em saúde sejam eficazes para diminuição de ocorrências dos casos. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui um papel fundamental na prevenção da doença, atuando no âmbito da integralidade, por meio de ações educativas e acompanhamento de mulheres na realização do exame preventivo.

A partir da década de 1940, o modelo de prevenção do CCU foi caracterizado pela citologia, colposcopia e biopsia, para na década seguinte a difusão dessa técnica possibilitar o surgimento das primeiras campanhas preventivas. A implementação de campanhas de rastreamento do CCU teve início a partir da década de 1970, de forma lenta e desigual, para mais tarde surgir um programa nacional de controle da doença. Nesse período, as transformações no campo da saúde internacional apontavam para a valorização de medidas preventivas e da atenção primária. Nesse contexto, o câncer de colo transformava-se num objeto adequado à maior intervenção da saúde pública, passando a integrar a agenda dos

governos federais e locais, além de instituições filantrópicas, em campanhas de rastreamento. No mesmo período, foram encetadas diversas campanhas de prevenção pelo país (Teixeira, 2015).

Em 1972, foi criado o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC). Com o PNCC, o câncer de colo entrava na agenda das políticas do Ministério da Saúde, mas, em 1975, o programa integrou as ações de saúde do Ministério da Previdência Social, com a criação do Programa de Controle do Câncer (PCC). Em 1984, houve o surgimento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual as ações de prevenção do CCU passaram a ter maior atenção do Ministério da Saúde com a intensificação das ações educativas e iniciativas de ampliação da oferta do exame Papanicolau. No ano de 1998, o Ministério da Saúde ampliou a campanha a nível nacional, sob a coordenação da Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde (Teixeira, 2015).

Apesar disso, as campanhas de prevenção e detecção precoce do CCU não têm sido bem-sucedidas, tendo em vista os seguintes fatores: dificuldades de acesso aos serviços de saúde; demanda reprimida; falta de oportunidade da mulher para falar sobre si e sua sexualidade; e o desconhecimento sobre o câncer ginecológico associado com tabus e ideias preconceituosas sobre a mulher. Além dessas causas, somam-se problemas na infraestrutura das instituições e na postura dos profissionais de saúde (Fonseca *et al.*, 2021). Portanto, investimentos no desenvolvimento de pesquisas são necessários para enfrentar as barreiras, garantir aceitabilidade, viabilidade e equidade, com vistas à implementação de intervenções efetivas, com cobertura adequada e cuidados de alta qualidade (Simelela, 2021).

No Brasil, o caráter oportunístico do rastreamento, a qualidade dos registros do sistema de informação e a baixa adesão aos protocolos nacionais trazem desafios adicionais para o monitoramento, a avaliação e a organização das ações de controle do CCU. Considerando que a ESF é o eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS) no país, este ponto da rede de atenção à saúde é fundamental na organização das ações para a prevenção desse câncer. Portanto, assegurar que os protocolos nacionais de prevenção do CCU estejam sendo seguidos é uma medida imperiosa da gestão pública de saúde (Maia; Silva; Santos, 2018).

Ademais, cabe ressaltar que este modelo oportunista tende a ser menos efetivo no impacto da mortalidade atribuída a condições rastreada, comparado a um modelo organizado, no qual as ações são sistematizadas e tem-se controle das informações. Além disso, corroborando com as minhas experiências da prática profissional na ESF, coexistem dois

grupos de mulheres com cuidados inadequados: o que se submete ao rastreamento com frequência excessiva e o que nunca realizou o exame ou o intervalo entre este é muito superior ao preconizado, denotando falhas na organização das ações de CCU (Maia; Silva; Santos, 2018).

Portanto, a originalidade do presente estudo está no enfoque do processo de rastreamento em mulheres com vulnerabilidades socioeconômicas, sendo essas consideradas mais suscetíveis a situações ou fatores individuais, coletivos e do contexto da saúde que podem contribuir para a baixa adesão às estratégias de prevenção do CCU. Apesar dessas estratégias serem conhecidas e amplamente estudadas, por vezes, as questões relativas aos papéis, às atribuições e ao trabalho feminino, juntamente com a carência socioeconômica ou a pobreza, tendem a não ser comumente abordadas a partir da perspectiva das próprias mulheres, sendo essa lacuna destacada no estudo de revisão de escopo de Grabovschi, Loignon, Fortin (2013).

Por outro lado, a compreensão da mulher sobre a importância do rastreamento do CCU e seus benefícios é um fator contribuinte para obter uma melhor adesão às ações de saúde. O adequado entendimento empodera a mulher e lhe dá a capacidade de escolha e autonomia em seu autocuidado. Assim sendo, o Letramento Funcional em Saúde (LFS) tem sido discutido e conceituado como a capacidade do indivíduo compreender informações relacionadas à saúde, sendo imprescindíveis para a tomada de decisão e o alcance de desfechos de saúde mais exitosos. O entendimento da mulher acerca das informações passadas pelo profissional de saúde é importante para a adesão ao tratamento e a continuidade do plano de cuidado (Campos *et al.*, 2020).

Apesar da importância desse entendimento, por vezes, há um desencontro entre o que é dito e o que é compreendido. Essa problemática, conforme Campos *et al.* (2020), foi verificada na ESF, sendo identificado que 53,5% das mulheres avaliadas tinham baixo LFS. As mulheres pardas ou pretas tiveram uma probabilidade 8% maior de apresentarem baixo LFS, enquanto as mulheres de baixa renda foram 13% mais propensas, aquelas baixo nível educacional demonstraram 25% maior de chance e mulheres mais velhas apresentaram possibilidade entre 20% e 40% maior para o baixo LFS.

No que se diz respeito à atuação dos profissionais de saúde, a alta rotatividade de profissionais dificulta a longitudinalidade do cuidado e a formação de vínculo, que gera disparidades persistentes no acesso aos serviços e prejuízos na qualidade da assistência à saúde, pois o fortalecimento da força de trabalho é fundamental para transformação do

modelo de atenção à saúde. Na Atenção Primária à Saúde (APS), os enfermeiros estão mais envolvidos na busca e rastreamento de mulheres, sendo que o maior tempo de atuação profissional oportuniza o cumprimento do atributo de longitudinalidade e formação de vínculo na APS. Para as condições crônicas, a longitudinalidade do cuidado é primordial, principalmente na linha de cuidado de saúde da mulher, visto que é o rastreamento do CCU tende a ser acompanhado de diversos tabus e preconceitos culturais (Anjos, 2022).

A partir da problemática descrita, emergiram as seguintes questões norteadoras: Como o processo de rastreamento do CCU ocorre na atenção primária à saúde na perspectiva das mulheres em vulnerabilidade social? Quais são os fatores facilitadores e limitadores desse processo na perspectiva dessas mulheres?

Para alcançar a resposta dessas questões, a pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de rastreamento do CCU na atenção primária à saúde e os fatores relacionados à sua adesão na perspectiva das mulheres em vulnerabilidade social. Mais especificamente, objetiva-se (i) descrever as percepções das mulheres em vulnerabilidade social acerca do exame de prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e (ii) caracterizar os fatores facilitadores e limitadores do processo de rastreamento desse câncer na atenção primária à saúde sob a ótica das mulheres.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de promover uma perspectiva crítica ao abarcar as determinações sociais da saúde e suas interfaces com as vulnerabilidades que interagem com as ações programáticas de saúde para prevenção e controle do CCU, influenciando nos seus indicadores de acesso, equidade, qualidade e efetividade dessas ações, assim como no seu impacto nas medidas de redução de mortes evitáveis, sobretudo em mulheres vulneráveis.

A relevância do estudo verifica-se ao tratar-se de um tema que, embora não seja recente e já esteja incluído nas Políticas Públicas e Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, constata-se que o processo de rastreamento do CCU é ainda um problema de saúde pública e uma das principais causas de morbimortalidade feminina por câncer no país. Além disso, as mulheres em vulnerabilidade social foram eleitas como grupo populacional de interesse visto que essas ainda possuem pouca visibilidade nos estudos sobre o tema, que geralmente têm uma perspectiva epidemiológica. Portanto, interessou-me estudar os fatores relacionados ao processo de rastreio de CCU das mulheres que constituem a população-alvo das políticas de saúde brasileiras de forma a revelar as falhas dessa ação de saúde pública e subsidiar possíveis estratégias de melhoria da qualidade da assistência no nível da atenção

primária à saúde, uma vez que o adequado controle do CCU depende da ESF estar organizada e acessível a toda população de seu território, sobretudo para as mulheres com vulnerabilidade social. Dessa forma, a pesquisa pode subsidiar ações de rastreamento mais equânimes e equitativas, assim como para que as estratégias de captação dos profissionais de saúde sejam mais exitosas para esse grupo social vulnerável.

Esta pesquisa de mestrado visa contribuir com o conhecimento científico sobre o tema e revelar as fragilidades do processo de rastreamento do CCU para as mulheres vulneráveis, subsidiando a sociedade, comunidade acadêmica, profissionais e gestores da ESF para o desenvolvimento de estratégias de melhoria do cuidado à saúde, ampliação das taxas de captação das mulheres, especialmente aquelas com vulnerabilidade social, e obtenção de melhores resultados de prevenção e controle desse câncer ainda prevalente no país.

Tal perspectiva tem o potencial de possibilitar a compreensão dos possíveis entraves ou dificuldades desse grupo social em particular e, assim, propiciar subsídios para melhorias na equidade do acesso, na implementação dos protocolos de rastreamento e no seguimento do CCU para uma prevenção mais eficaz.

1 CONTEXTO SOCIAL DO OBJETO E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

1.1 Marcos das Políticas de Saúde da Mulher e da Prevenção e Controle do Câncer do Colo Uterino no Brasil

A saúde da mulher passou a fazer parte das políticas pública de saúde no Brasil desde o século XX, mas essas eram restritas, reducionistas e fragmentadas, apresentando uma visão limitada sobre a mulher, reduzida à sua especificidade biológica e reprodutora, assim como na atenção materno-infantil. Essa perspectiva restringida perdurou até a penúltima década desse século (Souto, Moreira, 2021).

O ano de 1975 foi um marco na visibilidade internacional da luta feminista em todo mundo, sendo instituído o dia 08 de março como o Dia Internacional da Mulher pela Organização das Nações Unidas (ONU). Os anos de 1970 trouxeram grandes transformações culturais e políticas nos direitos das mulheres, quando os movimentos feministas se fortaleceram como movimento social ao questionar a organização da sociedade a partir da desigualdade entre os gêneros feminino e masculino. Ao mesmo tempo, crescia o debate sobre conceito de gênero e seus impactos na saúde das mulheres (Souto, Moreira, 2021).

A primeira política formulada para as mulheres foi o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) que tinha ações voltadas apenas para o cuidado com a gravidez, focada no binômio mãe-filho. Era definido e planejado de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e constava da oferta de um conjunto de ações dispostas em metas para serem executadas pelas secretarias estaduais de Saúde de todo o país (Costa, 2012). Foi implementado na década de 1975 e tinha como foco a intervenção médica sobre o corpo feminino e a redução da morbimortalidade materna e infantil. O programa auxiliou na redução da taxa de mortalidade e no controle da natalidade. Apesar disso, o Programa foi criticado pelo aspecto reducionista, em que a mulher tinha um atendimento fragmentado e restrito ao ciclo gravídico e a atenção destinada a criança era voltada somente ao nascimento. Foi através do movimento feminista que se iniciou a busca por estratégias capazes de mudar o quadro da época (Cassiano *et al.*, 2014).

Sob a influência desse contexto progressista, instituiu-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no Brasil em 1984. O PAISM decorreu da luta feminista emergente no país, pois reivindicava que as políticas públicas abordassem as assimetrias nas

relações de gênero e as consequentes desigualdades nas relações de trabalho e no direito à saúde. Portanto, desde o seu início, o movimento feminista atuou como protagonista na elaboração e implementação de políticas de saúde da mulher. O PAISM foi um marco quanto aos direitos sexuais e reprodutivos e colocou a concepção e contracepção sob a égide da decisão da mulher (Souto; Moreira, 2021).

Para a saúde da mulher, o PAISM é considerado o marco na política pública por reconfigurar o cuidado à saúde da mulher. No entanto, dificuldades foram enfrentadas para implantar efetivamente a integralidade e a equidade no interior do sistema de saúde. A implementação do PAISM apresentou especificidades no período de 1984 a 1989 e, na década de 1990, por contemplar a reorganização da Atenção Primária em Saúde (APS), por meio da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). Com isso, verificaram-se dificuldades na implementação das ações do PAISM e a maioria dos serviços enfrentava fragilidades políticas, técnicas e administrativas. Além disso, a organização e o financiamento deste programa eram precários, não permitindo um desempenho satisfatório no atendimento das necessidades básicas das mulheres e na assistência dos seus problemas de saúde (Pedrosa, 2005).

Segundo Osis (1998), essas dificuldades decorreram também do contexto de mudanças nas políticas de saúde induzido pelo Movimento da Reforma Sanitária dos anos 1980, quando foram introduzidos os conceitos de universalidade e integralidade nas políticas públicas de saúde. Na sequência, o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) foi criado e avançou na descentralização e na utilização prioritária dos serviços públicos para a cobertura assistencial à clientela. A partir de então, as Ações Integradas de Saúde (AIS) foram lançadas e os princípios da universalidade, equidade e integralidade foram valorizados.

Apesar desse contexto, as ações do PAISM não foram significativas em sua primeira década, pois ficaram restritas a experiências parciais e interrompidas consequentes à conjuntura política de verticalidade normativa e assentada no autoritarismo, interferindo na sua implantação. Com a fragmentação das políticas sociais na época, o PAISM enfrentou uma desconstrução de suas proposições a partir da ofensiva do Estado neoliberal, a partir dos anos de 1990. Na realidade, o PAISM deixou muitas lacunas em relação ao cumprimento de proposta de integralidade e universalização da assistência à saúde da mulher (Ramalho, 2012).

Além disso, o PAISM sofreu com as dificuldades dos primeiros anos do SUS, quando enfrentou o subfinanciamento crônico do sistema de saúde, sucateamento da infraestrutura

dos serviços, terceirização, precarização dos vínculos de trabalho e aumento massivo da rotatividade de profissionais, precarizando mais as condições dos serviços de saúde e dificultando a operacionalização dos princípios da universalidade, integralidade e universalidade (Ramalho, 2012).

Nessa época, as primeiras estratégias organizadas no âmbito das políticas públicas para a prevenção do CCU ocorreram no escopo das ações do PAISM em 1984, estimulando a coleta do exame citopatológico do colo do útero como rotina na consulta ginecológica. Em 1986, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a expansão por meio do Projeto de Prevenção e Controle do CCU, ampliando a rede de coleta de material citopatológico do colo do útero e da capacidade laboratorial em todo país, estabelecendo a periodicidade e a faixa etária para realização do exame preventivo. Posteriormente, em 1998, o MS instituiu o Programa Nacional de combate ao Câncer de Colo do Útero (PNCCCU), coordenado pelo INCA e que ficou conhecido pelo nome da Campanha Programa Viva Mulher (Claro, 2021).

Mais tarde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi instituída em 2004, visando superar a lógica programática da saúde da mulher limitada ao seu papel da mulher como mãe e à sua função reprodutiva, além de abarcar a perspectiva de saúde integral e considerar as mulheres como cidadãs detentoras de direitos e com papéis sociais diversos, o que demandava um sistema de saúde organizado. Salienta-se que, no processo de implantação e implementação da PNAISM, a heterogeneidade do perfil epidemiológico da população feminina que caracteriza o país, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, foi considerada, possibilitando uma atuação mais próxima da realidade local e, portanto, com melhores resultados (Souto; Moreira, 2021).

Nesse mesmo ano de 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi criado e, nos anos seguintes, implantaram-se a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos em 2005; a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida em 2006; e, ainda no mesmo ano, a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ao longo da primeira década dos anos 2000, destacam-se outras iniciativas como a Política Nacional de Planejamento Familiar, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e a Política Nacional pelo

Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias em parceria com a Agência Nacional de Saúde (ANS) em 2008 (Rodrigues, 2022).

Objetivando orientar o processo de avaliação e monitoramento da Atenção Básica no âmbito do SUS, o MS formulou a proposta de desenvolvimento de pactos de gestão em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. O Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi, então, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica, sendo instituído pela Portaria GM/MS 3.925 de 1998. A razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária entrou nos indicadores do pacto da Atenção Básica em 2003. Esses pactos são indicativos de que o processo de pactuação tem efetivamente cumprido o seu papel de mobilização e articulação com vistas ao desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção básica. É importante destacar que não se trata de avaliar ações específicas no âmbito da atenção básica, mas sim, de avaliar, através de indicadores específicos globalmente esse nível de atenção, o que só é possível se o indicador apresentar qualidades para tal (Brasil, 2003)

Posteriormente, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram criadas pela Portaria GMMS 4.279/2010. As RAS são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, sendo integradas por meio de sistemas de apoio, técnico, logístico e de gestão, e que buscam garantir a integralidade do cuidado. Além disso, têm o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Ademais, a organização das RAS tem a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede para superação da fragmentação sistêmica, tendo sido estabelecidos quatro compromissos prioritários, dentro os quais se mencionam o fortalecimento das ações para a prevenção e a qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero (Brasil, 2013a).

Atualmente, as RAS são compostas pela Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, conforme a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (Brasil, 2014).

Destaca-se que, através da Portaria nº 874/2013, ocorreu a implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, objetivando a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença. De igual forma, contribuiu para a diminuição da incidência de alguns tipos de câncer, visando contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (Brasil, 2013b).

Posteriormente, a Portaria GM nº 483/2014 redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, desde a atenção básica, atenção especializada, composta pelos níveis ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência, até os sistemas de apoio e logísticos, de regulação e governança. Para tal, as doenças crônicas são consideradas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida em um processo de cuidado contínuo. A implantação dessa Rede foi definida como por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude (Brasil, 2014).

Sob essa perspectiva organizacional do SUS em redes de atenção, o processo de rastreamento do CCU faz parte da linha do cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, sendo uma ação estratégica contemplada tanto no PNAISM quanto na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

1.2 Recomendações para o Processo de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero

O CCU tem como principal agente etiológico o Papilomavírus Humano (HPV), sendo que os tipos HPV-16 e HPV-18 são os principais agentes etiológicos das lesões precursoras do câncer cervical, estando presentes em cerca de 70% dos casos de CCU. A infecção por esse vírus é muito frequente, porém, na maioria das vezes, não causa doença. No entanto, em alguns casos, ocorrem alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Essas alterações são facilmente identificadas através do exame preventivo e, por isso, é importante a realização periódica desse exame para a sua detecção precoce. O rastreamento é uma estratégia para

detectar um tumor numa fase inicial, possibilitando o tratamento precoce e oportuno, podendo ser realizado em pessoas sem sinais e sintomas, que façam parte do grupo com maior chance de desenvolver a doença (Instituto Nacional do Câncer, 2022).

O rastreamento do CCU é o processo de investigar pessoas aparentemente saudáveis que podem estar sob o risco da doença, sendo reconhecida como uma tecnologia da atenção primária, na qual os profissionais devem saber o método, a periodicidade e a população-alvo recomendados, além de encaminhar quando necessário e garantir o seguimento (Brasil, 2011). Esse rastreamento envolve quatro etapas, como a aplicação do exame de rastreamento, a identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), a confirmação diagnóstica e o tratamento da doença (Instituto Nacional do Câncer, 2011). Esse processo é considerado complexo por requerer uma análise balanceada e cuidadosa das vantagens e desvantagens para as mulheres. Nesse balanço, consideram-se a ansiedade causada na mulher ou as possíveis consequências da abordagem diagnóstica ou terapêutica no futuro com um teste alterado (Brasil, 2011).

De acordo com as recomendações do Instituto Nacional do Câncer (2022), o exame preventivo deve ser ofertado às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram relação sexual, o que inclui homens trans e pessoas não binárias designadas como mulheres ao nascer. Devido à longa evolução da doença, pode ser realizado a cada três anos se os dois primeiros exames anuais estiverem normais.

A prevenção primária do CCU está relacionada à diminuição do contágio pelo vírus HPV. A transmissão ocorre por via sexual por meio de abrasões na mucosa ou na pele da região anogenital. Portanto, o uso de preservativo durante o ato sexual protege parcialmente do contágio pelo HPV. Além disso, em 2014, o Ministério da Saúde incluiu ao calendário vacinal a vacina tetravalente contra o HPV. Inicialmente, a vacina era destinada para meninas de 9 a 13 anos, mas, a partir de 2017, foi estendida a meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, assim como para mulheres com imunossupressão, a vacina é indicada até 45 anos de idade. Portanto, a vacinação e a realização do exame preventivo complementar (Papanicolau) são medidas preventivas nesse tipo de câncer (Instituto Nacional do Câncer, 2022).

Com o objetivo de assegurar a atenção integral à saúde, a atenção primária à saúde é responsável pela coordenação do cuidado no âmbito do SUS, desenvolvendo ações voltadas para a detecção precoce do câncer. Assim sendo, cabe aos profissionais de saúde da APS informar e esclarecer a população sobre o rastreamento; identificar a população feminina na

faixa etária prioritária e as mulheres com risco aumentado; convocar a população feminina para realizar a coleta da citologia; detectar as faltosas e convocá-las; receber os laudos e verificar as mulheres com resultados positivos no rastreamento para vigilância do caso, orientar e encaminhar essas mulheres para unidade secundária; avaliar a cobertura de citologia na área e a qualidade da coleta; supervisionar os técnicos para coleta; planejar e executar as ações na área adstrita. A equipe também é responsável pela vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento, assim como pela identificação de falhas no acesso e fechamento dos casos (Instituto Nacional do Câncer, 2011).

Dentre as ações desenvolvidas pelas equipes de APS no controle do CCU destaca-se a integralidade do cuidado e ações de detecção precoce. As ações de promoção ocorrem sobremaneira na Atenção Básica, por estar mais próximo à mulher. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja de maneira coletiva, seja de maneira individual em consulta. Destaca-se o acolhimento como processo de trabalho, ouvindo as necessidades da mulher, com escuta qualificada e caracteriza por uma postura ética, não pressupondo um profissional específico para fazê-lo., implica compartilhamento de saberes, valorizando costumes, saberes, crenças e expectativas. Nesse contexto, o enfermeiro deve atender às usuárias de maneira integral, ou seja, deve realizar a consulta de enfermagem e a coleta de citopatológico do colo do útero, e, quando indicado, examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas, além de contribuir, realizar e participar das atividades de educação em saúde (Brasil, 2013).

A consulta de enfermagem deve promover ações de controle do câncer, identificando aspectos da história de vida e de saúde da mulher e orientação sobre as doenças sexualmente transmissíveis, incorporando a educação em saúde como prioridade, pois esta é capaz de causar mudanças de comportamento nos indivíduos, criando oportunidade de produção de diálogo e reflexão junto à comunidade. Deve ser baseada em ações coletivas e individuais. O enfermeiro, durante a consulta, deve estar sempre pronto a ouvir a usuária para tirar suas dúvidas, entender seus anseios e medos e orientar sobre as ações preventivas, para além de seguir as etapas da consulta ginecológica e da coleta do exame citopatológico do colo do útero. Portanto, a consulta de enfermagem torna-se imprescindível para a prevenção e detecção do CCU, além da educação em saúde, pois é um momento de troca entre profissional (Rocha *et al.*, 2020)

De acordo com a OMS, as estratégias de detecção antecipada do CCU contemplam o diagnóstico precoce, definido como a identificação de pessoas com sinais e sintomas da

doença, e o rastreamento (Instituto Nacional do Câncer, 2021), sendo a realização do exame citopatológico do colo do útero a estratégia mais amplamente adotada. A OMS considera que, com uma cobertura da população-alvo de 80% no mínimo e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir de 60 a 90% em média a incidência do câncer cervical invasivo (Brasil, 2011).

Para o período de 2021 a 2030, no plano brasileiro de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis, é esperado reduzir em 20% na morte prematura pelo CCU e atingir 90% de cobertura de vacinação contra o HPV (Brasil, 2021). Além disso, o êxito das ações de rastreamento desse câncer depende dos seguintes pilares: informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada; alcançar a meta de cobertura da população alvo; garantir acesso a diagnóstico e tratamento; garantir a qualidade das ações e monitorar e gerenciar continuamente as ações (Instituto Nacional do Câncer, 2021).

Em âmbito global, a meta para eliminação do CCU da OMS para até 2030 é atingir 90% das meninas com a vacina contra o HPV aos 15 anos, 70% das mulheres rastreadas com teste de alto desempenho aos 35 anos e novamente testadas até os 45 anos e 90% de mulheres com diagnóstico com doença cervical tratadas, sendo esperado que a taxa média de incidência de CCU no mundo tenha a redução de 42% até 2045.

Para o sucesso dessa estratégia global, é exigido o apoio político dos líderes internacionais e locais; cooperação coordenada entre parceiros multissetoriais; amplo apoio ao acesso equitativo no contexto da cobertura universal de saúde; mobilização efetiva de recursos; fortalecimento do sistema de saúde e promoção vigorosa da saúde em todos os níveis (OMS, 2020).

Dentre as ações estratégicas propostas pela OMS até 2030, são indicadas a prevenção primária vacinação contra o HPV em meninas de 9 a 14 anos, a oferta de informações de saúde, como advertências sobre o uso de tabaco e educação sobre sexualidade de acordo com a idade e cultura, e a promoção e fornecimento de preservativos para pessoas envolvidas em atividade sexual. Como prevenção secundária, em mulheres maiores de 30 anos, recomenda-se a triagem com um teste de alto desempenho, equivalente ou melhor que o teste de HPV, e por fim, como prevenção terciária, indica-se o tratamento do câncer invasivo em qualquer idade (OMS, 2020).

Experiências internacionais mostram que é possível reduzir em até 80% o número de mortes por CCU. Com esse propósito, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS),

propôs também que programas nacionais de controle do CCU sejam implementados e contemplem ações e serviços de prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Tais programas vêm sendo implementados desde 1980 na maioria dos países da América Latina, mas alguns países não obtiveram os resultados esperados (Claro *et al.*, 2021).

No Brasil, o modelo de rastreamento é considerado oportunístico, fazendo com que 20 a 25% dos exames realizados fiquem fora da faixa etária preconizada e metade deles com intervalo menor que o indicado, acarretando dois grupos de mulheres, um composto pelas mulheres superrastreadas e outro que abarca aquelas sem nenhum exame de rastreamento (Brasil, 2011). Além disso, verificou-se que o programa brasileiro de prevenção e controle do CCU carece de uma linha clara de coordenação para monitoramento e avaliação de resultado (Claro *et al.*, 2021).

Somado a essa fragilidade, verifica-se que há uma grande desigualdade no acesso, sendo maior a chance de realizar o exame para mulheres brancas, mulheres que estudaram por 11 anos ou mais e mulheres que dispõem de plano de saúde privado. A cobertura do exame de Papanicolau entre as regiões brasileiras é desigual e apresenta tendência de declínio a partir de 2013, sendo mais proeminente essa queda de 2019 para 2020. O número de exames citopatológicos do colo do útero alterados nos sistemas de informação do SUS foi 40% inferior ao estimado. Os registros de diagnósticos de câncer foram 50% menores que o estimado e o percentual das mulheres com diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero, cujo tratamento foi iniciado após 60 dias, variou entre 50% na Região Sul a 70% na Região Norte. Em 2020, a diminuição do número de exames de rastreamento e do seguimento de mulheres com atraso para o início do tratamento foi proeminente nas regiões Norte, Sudeste e Sul. Esse cenário denota que são necessárias melhorias nas estratégias de detecção precoce da doença e nos mecanismos de avaliação e monitoramento das ações (Azevedo *et al.*, 2022).

Por outro lado, Santos e Gomes (2022) sugerem que a dificuldade das mulheres em realizar o exame ou a ausência destas no serviço pode estar associada ao modo como as usuárias percebem o exame preventivo e alguns fatores, como os baixos níveis de escolaridade, baixa renda familiar, uso de contraceptivo oral, ausência de problemas ginecológicos, sentimentos como vergonha ou medo em relação ao exame, dificuldade de acesso à assistência médica e falta de informação sobre a importância do exame.

Destaca-se que o CCU é uma doença que atinge um órgão com uma representação simbólica significativa, pois envolve questões inerentes à sexualidade, à feminilidade e à reprodução. A exposição e manipulação dessa parte do corpo pelo profissional de saúde

durante o exame pode ensejar sentimentos de constrangimento e vergonha, pela associação das partes íntimas com a sexualidade (Santos, Gomes, 2022).

As mulheres também têm a perspectiva da doença como algo impuro, proveniente de condutas erradas atreladas ao sexo. Relatam sentimento de vergonha e constrangimento devido à exposição do corpo, além dos sentimentos de insegurança e medo vivenciados de maneira singular por cada mulher, o que pode estar associado a falta de informação sobre o corpo e experiência de violência. A falta de acolhimento por parte do profissional é outro fator que interfere como a mulher percebe o exame, além da falta de diálogo proveniente do modelo biomédico tradicional e da dor física associada a falta de explicação do procedimento. Além disso, entende-se também que o desconhecimento sobre a doença e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde contribuem para a baixa adesão ao exame (Santos; Gomes, 2022).

A não adesão ao Papanicolau também tem associação à baixa escolaridade e à sobrecarga das mulheres com a responsabilidade do cuidado com a família, fazendo com que sua saúde fique em segundo plano. Ademais, somam-se a esses fatores o conhecimento inadequado sobre o exame e a falta de sintomas (Andrade *et al.*, 2014).

As mulheres relataram sentimentos de vergonha e constrangimento pela exposição, pois muitas descrevem o exame como algo íntimo, associado à sexualidade, com exposição do próprio corpo, sendo esse manipulado e examinado pelo profissional. Além da vergonha, as mulheres têm a sensação de impotência, desproteção e falta de domínio do próprio corpo. Portanto, as experiências restritivas no âmbito da sexualidade são a falta de informação acerca de sua própria estrutura física corporal e também as experiências de violência, entre outros fatores associados à temática (Santos; Gomes, 2022).

Srivastava *et al.* (2018) compararam programas de rastreamento para o CCU em muitos países em desenvolvimento e descobriram que necessidades de saúde competitivas, recursos humanos e financeiros limitados, serviços de saúde pouco desenvolvidos, mulheres desinformadas e com baixo poder, e pobreza generalizada eram as principais barreiras para o rastreamento. Portanto, as barreiras enfrentadas pelas mulheres para realização do exame preventivo exibem três dimensões: a organizacional, a simbólica e a técnica.

A dimensão organizacional tem relação com o deslocamento das mulheres, como a residência em zona rural, longos tempo de espera, tipo de rastreamento oportunístico, salas inadequadas e falta de materiais (Fernandes *et al.*, 2019). Associado a isso, Lopes e Ribeiro (2019) relacionam a limitação de acesso relativo à gestão pública e ou profissionais de saúde

às dificuldades no agendamento de exames e consultas em razão da baixa flexibilidade, excesso de burocracia e racismo institucional nos serviços.

A dimensão simbólica das barreiras na adesão ao exame cervicouterino foi representada pelos entraves encontrados pelas mulheres portadoras de algum tipo de deficiência na arquitetura dos serviços; invisibilidade da homossexualidade feminina; manifestação de estigma, tabus e resistência das mulheres lésbicas; atitudes de culpabilização das mulheres; invisibilidade das mulheres com maior vulnerabilidade social; posturas de submissão ao companheiro; machismo e constrangimento com o gênero do profissional que realizará o exame (Fernandes *et al.*, 2019).

Já na dimensão técnica das barreiras na realização do exame citológico, há a referência centralizada nas enfermeiras, o desinteresse dos médicos pelo procedimento e a formação profissional insuficiente no curso de graduação (Fernandes *et al.*, 2019). Além dessas fragilidades, há a indiferença, a má vontade e a falta de paciência dos profissionais na marcação de exames e consultas médicas; escassez de médicos; ausência de contrarreferência; falta de sigilo profissional e falta de credibilidade na coleta realizada por enfermeiros (Lopes; Ribeiro, 2019).

Outras barreiras à realização do exame preventivo são apontadas por Aguilar e Soares (2015), fatores que contribuem para que as mulheres se tornem mais vulneráveis ao CCU e impedem as ações no âmbito da prevenção. A nível de exemplificação, ressalta-se o conhecimento insuficiente das mulheres acerca do exame Papanicolau, pois tal público nem sempre sabe a verdadeira finalidade do exame e sua importância, o que culmina em sua não associação a uma prática de saúde, mas sim a sentimentos negativos, como vergonha, pudor e medo. Demais fatores que influenciam em tal casos são: a falta de atitude que está relacionada à falta de interesse de cuidar da saúde pela mulher, que prioriza o tratamento e não a prevenção de doenças, influenciadas pelo modelo biomédico; os aspectos relacionados ao serviço que incluem barreiras organizacionais e geográficas, como falta de material, espaço e recursos, falta de vaga e distância da unidade de saúde; e, por fim, a inserção feminina no mercado de trabalho, com a sobreposição da atividade laboral e os cuidados familiares, fazendo com que elas vivenciem incompatibilidade de horário de trabalho com a oferta de serviços.

O estudo de Bogdanova (2022) encontrou barreiras semelhantes às acima citadas, mas, nos países de renda baixa, identificou também entraves decorrentes do custo da vacinação contra o HPV, dificuldades para a vacinação masculina, distância e transporte para menor

adesão à vacinação, falta de conhecimento e estigma relacionado à vacinação nas sociedades em que ainda é vista como um tema tabu.

Corroborando, Damiani (2021) evidenciou barreiras associadas a fatores socioeconômicos que prejudicam o acesso aos serviços de saúde e causam falhas no fornecimento de informações pela instituição de saúde, como a desconfiança, experiências negativas em encontros anteriores, influência geográfica, limitações financeiras, algumas crenças que podem acarretar em uma ausência de prevenção e fatores sociais, como a falta de tempo das mulheres devido ao trabalho e ao cuidado com a família, além de sentirem medo e vergonha (Lopes; Ribeiro, 2019).

Para melhorias na prevenção e no processo de rastreamento do CCU, sugere-se considerar a realização de vacinação nas escolas, como um esforço para aumentar as taxas de vacinação entre os jovens; implementar um programa de triagem estável e acessível (Bogdnova, 2021); ampliar o acesso à APS; garantir o acesso oportuno; realizar busca ativa para garantia de rastreio de mulheres nas idades e intervalos apropriados; fortalecer ações preventivas junto aos grupos mais vulneráveis; dispor de equipes estáveis para não haver alteração constante de seus membros; garantir a privacidade e respeito às usuárias dos serviços; oferecer treinamentos e capacitações da equipe profissional com vistas à compreensão de crenças e dos limites emocionais vivenciados por parte das usuárias dos serviços; e realizar ações educativas para mulheres e homens sobre a prevenção do CCU (Lopes; Ribeiro, 2019). Portanto, aliar as dimensões do usuário, serviço e sistema de saúde, assim como as dimensões técnica, organizacional e simbólica do acesso caracteriza-se como uma estratégia necessária para o êxito das políticas de prevenção e controle do CCU.

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Neste capítulo, discute-se sobre as influências dos determinantes sociais da saúde da mulher, abordando as vulnerabilidades, o gênero e as desigualdades sociais. A perspectiva de gênero nesta dissertação converge com as recomendações nacionais e internacionais para saúde das mulheres, tendo o enfoque na equidade de gênero, em consonância com a saúde pública.

2.1 Conceito de Gênero e suas interfaces com a saúde das mulheres

A história do conceito de gênero tem início na segunda metade do século XX nas áreas da Antropologia, Ciências Sociais e Filosofia. A década de 1970 foi marcada pela progressiva incorporação do conceito de gênero. A distinção sexo/gênero constituiu-se gradativamente como ferramenta conceitual e política, representando um argumento decisivo nas lutas em torno dos direitos das mulheres, no qual o sexo remete às características biológicas e o gênero às construções culturais dos atributos considerados femininos e masculinos (Heilborn; Rodrigues, 2018).

Ao considerar a subordinação feminina em aspecto universal da organização da sociedade, o conceito de gênero foi utilizado como instrumento de crítica à construção social das diferenças entre homens e mulheres, de forma a compreender as maneiras como essas convenções relacionavam-se com as práticas sociais, situando as mulheres em posições de desigualdade. Assim sendo, a definição de gênero foi considerada por alguns antropólogos como uma forma de desigualdade social (Heilborn; Rodrigues, 2018).

A partir de Joan Scott (1995), o gênero foi conceituado como um elemento constitutivo de relações sociais e baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, sendo o gênero uma forma primeira de significar as relações de poder. Esses conceitos podem ser desdobrados em símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas, conceitos normativos que colocam em evidência interpretações do sentido dos símbolos que tentam limitar e conter as suas possibilidades metafóricas, conformando as relações de gênero e a identidade subjetiva. Portanto, podemos entender gênero como uma forma primária de

constituição de relações sociais de poder e de dominação que se faz a partir das diferenças percebidas entre os sexos.

O gênero está relacionado aos conceitos socioculturais de feminilidade e masculinidade, que podem variar entre as culturas. No caso das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), as diferenças de gênero são observadas, pois as mulheres têm menos poder sobre as situações sexuais do que os homens. Portanto, existem diferenças relacionadas ao gênero na etiologia, diagnóstico, tratamento e consequências das ISTs (Brankovic *et al.*, 2013).

A análise de gênero permite-nos entender diferentes padrões de interação com raça e classe. Nesse sentido, o gênero, a raça, a classe, a idade, a orientação sexual e o território de pertencimento colocam grupos específicos de mulheres em situação de maior vulnerabilidade, por exemplo, às IST, às violências ou ao adoecimento por CCU. (Brankovic *et al.*, 2013).

Existem diferenças na prevalência do HPV e no rastreamento do CCU entre os subgrupos de mulheres relacionadas ao contexto de vida, às características individuais e às condições de saúde. Na Europa, a morbimortalidade por CCU diminuiu, enquanto, em países em desenvolvimento, a morbimortalidade ainda é significativa. Além disso, observa-se que, nestes casos, as mulheres negras com diagnóstico de CCU têm menos chance de tratamento. Com relação ao rastreamento, verifica-se diferença na qualidade do atendimento, cujas mulheres lésbicas, moradoras rurais, mulheres mais velhas e com baixa alfabetização são pior atendidas. Na aquisição e transmissão do HPV, as relações de gênero são essenciais pelos aspectos físicos e biológicos, como fatores de acesso aos serviços de saúde e diferenças sociais entre homens e mulheres (Brankovic *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que as questões relacionadas ao gênero no Brasil e em outros países surgem dos movimentos feministas. Suas fases ou ondas podem ser pensadas como ciclos de protestos associados aos contextos político, social e histórico de modo mais amplo. A primeira onda do feminismo é identificada pelo direito feminino ao voto ou sufrágio, ocorrida entre os meados do século XIX e o início do XX. Nessa fase, as mulheres de classe alta e bem instruídas defendiam os direitos políticos e de acesso à educação das mulheres em vários países (Perez; Ricoldi, 2019).

Em meados do século XX, na década de 1960, e na esteira dos movimentos dos direitos civis, da contracultura e dos primeiros ensaios sobre gênero, as feministas defendiam a igualdade de direitos entre as mulheres e os homens, reivindicavam a equidade nos papéis sociais nos espaços públicos e privados, assim como o fim da opressão e violência de gênero.

A terceira onda é especialmente marcada pela emergência do conceito de interseccionalidade a partir da abordagem pós-estruturalista da sexualidade, reivindicando a análise das intersecções dos marcadores sociais aos estudos de gênero, como a classe, raça, etnia entre outros. Por fim, a quarta onda, ainda em curso, caracteriza-se pelo uso em massa de redes sociais e da tecnologia que gera um ativismo amplamente digital. Tal etapa está marcada por um aprofundamento das discussões sobre identidade e corpo, como a nova visibilidade da questão trans e da gordofobia e violência (Perez; Ricoldi, 2019).

O feminismo interseccional traz consigo a ideia de superação de um feminismo branco e de classe média das ondas anteriores, conjugando elementos identitários como raça, gênero, classe, sexualidade, deficiência etc. Sabe-se que todas as mulheres estão, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero, mas também estão sob a determinação de outros fatores relacionados às suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça-cor, etnia, religião, origem nacional e orientação afetiva/sexual, que pesam na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação (Perez; Ricoldi, 2019). Portanto, o feminismo interseccional adota uma posição de combate às desigualdades que se interseccionam a partir de diversos marcadores sociais, a exemplo do gênero, raça e classe social.

Até meados do século XX, o câncer era visto como uma doença que afetava principalmente as mulheres e foi muitas vezes associado à imoralidade e excessos sexuais. Apesar da ênfase na medicina preventiva ter favorecido a igualdade entre homens e mulheres, na abordagem preventiva para reduzir o risco do câncer, ainda é observado a diferença no comportamento entre câncer em homens e em mulheres. A maior aceitabilidade por parte das mulheres de recorrerem à cirurgia para eliminar o que percebem ser uma fonte de infelicidade e sofrimento pode ter contribuído para promover a aspiração mais legítima de se recorrer à cirurgia para reduzir o risco de doença. As feministas, muitas vezes, criticavam a falta de sensibilidade dos médicos diante das necessidades das mulheres, bem como seu desejo de controlar as funções reprodutoras femininas. Os cânceres que se desenvolvem no sistema reprodutor da mulher continuam a ter muito mais visibilidade do que aqueles que se desenvolvem nos órgãos reprodutores masculinos. Apesar do câncer ser uma doença que ataca indiferentemente ambos os sexos, o câncer continua sendo, muitas vezes, ainda no século XXI, uma patologia marcada pelo gênero (Teixeira, 2015).

Em relação à incorporação da transversalidade de gênero, as políticas públicas devem ir além do reconhecimento da desigualdade de gênero e da diferenciação dos processos de socialização entre o feminino e o masculino, mas também contemplar a natureza dos conflitos

e das negociações produzidos nas relações interpessoais e abarcar a dimensão da subjetividade feminina que envolve a construção da condição de sujeito (Francisco *et al.*, 2021).

A transversalidade de gênero nas políticas públicas é uma nova visão de competências políticas, institucionais e administrativas e uma responsabilização dos agentes públicos em relação às distintas esferas do governo, que pressupõe uma ação integrada e sustentável entre as diversas instâncias governamentais e, conseqüentemente, o aumento da eficácia das políticas públicas de forma democrática e inclusiva em relação às mulheres. Para que uma política pública seja comprometida com a transformação das desigualdades e a construção de uma sociedade mais igualitária e justa para as mulheres e homens, de todas as classes, raças e gerações, a inclusão da abordagem de gênero e interseccional faz-se imprescindível (Francisco *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva de equidade e superação das desigualdades sociais, cabe ressaltar que, no fim da década de 1970, emerge o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), cujas definições gerais dizem respeito às condições de vida e trabalho dos indivíduos que se relacionam com sua situação de saúde, sendo fruto de discussões que foram construídas ao longo da história (Vieira, 2021).

Os determinantes sociais podem ser conceituados como:

Condição na qual as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Em outras palavras, ao contrário dos fatores biológicos (por exemplo, traços genéticos), os determinantes sociais da saúde são uma série de fatores sociais, econômicos, políticos e ambientais que contribuem para as condições e disparidades de saúde dos indivíduos, como as desigualdades no rastreamento do câncer (Carcino *et al.*, 2020, p. 26).

Alonso (2022) descreve os DSS como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, com todos os atravessamentos econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Dentre as diversas abordagens existentes acerca dos DSS, Vieira (2021) destaca duas importantes definições, a da OMS e a da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). A primeira faz associação entre os DSS e as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, enquanto a segunda define os DSS como sendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que vão influenciar a ocorrência de problemas de saúde.

Em 2010, a OMS estabeleceu um marco conceitual sobre os DSS ao adotar um modelo que trouxe uma nova perspectiva ao conceito. Nessa concepção, encontraram lugar também os macrodeterminantes, que expressam como os mecanismos sociais, econômicos e políticos originam um conjunto de posições socioeconômicas por meio das quais as populações são segregadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores. Essas posições, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde, refletindo o lugar dos indivíduos dentro das hierarquias sociais (Vieira, 2021).

Kock *et al.* (2020) compreende vulnerabilidade social como o reflexo das condições de bem-estar social e mantém relação direta com aspectos sociopolíticos e culturais de forma combinada, incluído o acesso a informações, o nível de escolaridade, a disponibilidade de recursos materiais e o poder de enfrentamento das barreiras culturais, entre outros fatores.

Sob a perspectiva da epidemiologia social, o indicador de vulnerabilidade social (IVS) foi proposto como uma medida de saúde por meio da qual são analisadas a infraestrutura urbana, o capital humano e a renda de trabalho, objetivando verificar o nível de acesso ou a privação a esses três componentes determinantes das condições de bem-estar das populações. A vulnerabilidade social aponta para a necessidade da transdisciplinaridade frente aos problemas de saúde, na medida em que a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teórico-metodológicos para examinar a estrutura da teia de causalidade. Assim sendo, verificou-se que o IVS está significativamente associado, e de forma positiva, à neoplasia do colo do útero, denotando que, quanto maior o IVS, maior é a mortalidade pelo CCU (Kock *et al.*, 2020).

Portanto, a maior exposição a fatores de risco e/ou vulnerabilidade social consequente à ordem capitalista patriarcal e seus desdobramentos sobre desigualdades de oportunidades e salário no mercado de trabalho trazem mais restrições para a vida das mulheres. Restrições essas expressas nas múltiplas jornadas laborais que agregam sobrecargas, prejudicando a disponibilidade de tempo para o autocuidado da saúde e qualidade de vida em geral, o que perpassa e condiciona também o processo de adoecimento da mulher por câncer.

A desigualdade social ocorre quando indivíduos que ocupam diferentes posições na hierarquia social têm acesso desigual a recursos e oportunidades sociais e econômicas, como resultado de processos e sistemas sociais desiguais, incluindo capitalismo, supremacia branca, colonialismo, patriarcado e nacionalismo. As relações de poder implícitas nessas desigualdades são mutuamente influenciadas pelo sexismo, racismo, classismo e

heterossexismo, nos níveis interpessoal e estrutural que moldam as identidades sociais, a posição social e as experiências vividas dos indivíduos (Agenór, 2020).

Sob essa perspectiva, propõe-se o debate sobre os aspectos da normatividade branca, cisheteronormativa, somada ao modelo biomédico hospitalocêntrico que privilegia esse grupo populacional. Problematiza-se que os indígenas, negros, população LGBTQIA+¹, pessoas com deficiência física ou com síndromes e doenças raras ou que se caracterizem por deficiência intelectual, dentre outras condições excludentes, enfrentam barreiras estruturais de acesso à saúde. Conseqüentemente a esse modelo social excludente, observa-se maior incidência de doenças e mortalidade, como no CCU, entre as pessoas negras, indígenas, homossexuais, transgêneros e pessoas com deficiência física ou mental, em comparação à população branca (Alonso, 2022).

Assim sendo, apesar dos avanços que as políticas de saúde da mulher já alcançados, ainda os princípios do SUS precisam ser efetivados em direção à integralidade e à equidade, além de abarcar a complexidade para efetivar o direito das mulheres, contemplar a diversidade social da população feminina e, assim, melhorar os indicadores de saúde. O grande desafio é promover ações que atendam a diversidade das mulheres, porém, de modo específico (Francisco *et al.*, 2021).

A compreensão de gênero e das vulnerabilidades deve atentar que ambas as dimensões são efeito de relações de poder consubstanciadas em documentos de políticas públicas. Portanto, faz-se necessário compreender os significados atribuídos pelas mulheres a essas condições e como essas relacionam-se com o cuidado à saúde. Além disso, a incorporação de marcos conceitual como ‘justiça reprodutiva’ possibilita a reflexão sobre a criação de mecanismos que permitam às mulheres terem autonomia sobre as suas escolhas sexuais e reprodutivas, assim como adotar uma visão crítica sobre a ordem de gênero da medicina e as formas como os profissionais de saúde a reproduzem no atendimento às mulheres, uma vez que modificar as políticas públicas é preciso mudar a ordem de gênero nessa disciplina (Cruz, 2022).

Nessa perspectiva, apreende-se que a desigualdade nas relações entre os gêneros impacta diretamente a situação de saúde da mulher, pois dificulta o acesso a recursos econômicos, sociais, políticos e instrucionais, que resulta em diferentes condições e oportunidades de saúde entre homens e mulheres. Desse modo, diferentes grupos populacionais de mulheres e homens estão expostos a variados tipos e graus de risco,

¹ Pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e travestis, queers, intersexuais, assexuais e todas as demais expressões de gêneros e sexualidades

conforme a organização social das relações de gênero, e sujeitos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. A realidade da sujeição feminina está condicionada à materialidade das relações políticas, econômicas, sociais e culturais inerentes ao sistema capitalista. Logo, surge a necessidade da discussão sobre o conceito de gênero com vistas à compreensão da subordinação e exploração feminina em suas múltiplas manifestações nas relações e reproduções sociais do sistema vigente, que causam interferências no processo saúde-doença das mulheres (Vieira, 2021).

De acordo com Ferreira *et al.* (2022), a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) da OMS reconhece que a produção de evidências sobre a extensão das desigualdades sociais no câncer é essencial para fornecer informações sobre as medidas de redução das desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde e no diagnóstico e tratamento da doença. As desigualdades sociais no perfil epidemiológico das neoplasias diferem dependendo da localização primária do câncer e do indicador analisado, seja incidência, mortalidade ou sobrevida. Como exemplo, estudos indicam que mulheres com piores condições socioeconômicas apresentam maiores taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e estômago.

Este processo de transição nas necessidades de cuidados às pessoas com câncer se tornará ainda mais importante durante as próximas duas décadas, especialmente em países que enfrentam mudanças epidemiológicas intensas, como observado na transição demográfica brasileira. Esses efeitos não estão apenas relacionados à aquisição de fatores de risco ambientais e de estilo de vida, mas também são determinados por diferenças regionais de vulnerabilidade, como aquelas causadas por antecedentes genéticos, raça, e aspectos culturais, entre outros (Haier; Schaeffers, 2022).

Para Santos e Gomes (2022), as taxas nacionais de incidência estimada e mortalidade para CCU apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém, são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos, com programas de detecção precoce bem estruturado. Apesar de se observar um processo de transição dos tipos de câncer nas nações em desenvolvimento atrelado aos fatores de risco socioeconômicos para o desenvolvimento da doença, o CCU ainda se apresenta como o segundo mais comum entre as mulheres nos países emergentes, tornando imprescindível o monitoramento e a avaliação do controle desta condição (Araujo *et al.*, 2021), sendo esse um desafio de importante magnitude para as políticas de saúde e sociedade brasileiras, em consideração à intersecção entre o gênero, as vulnerabilidades socioeconômicas e o processo de rastreamento do CCU.

2.2 Vulnerabilidades e abordagem interseccional na saúde: conexões com o Câncer do Colo do Útero

A vulnerabilidade, em termos gerais, pode ser definida como a exposição a riscos e a suscetibilidade a lesão ou dano (Silva *et al.*, 2020). Nos diversos campos de saberes, a vulnerabilidade tem seu significado em permanente construção nas ciências da vida, naturais e sociais. A multiplicidade de sentido do termo vulnerabilidade é um desafio, porém é entendida como algo positivo, uma vez que leva a construção de novos conceitos, de modo que possa responder a complexidade do processo de saúde-doença-cuidado (Dimenstein; Cirilo, 2020).

Originariamente, o conceito de fatores de risco buscava identificar a relação causa-efeito entre eventos, apontando a probabilidade de ocorrência de algum agravo em saúde. Após sofrer diversas críticas, perpassa pelo conceito de comportamento de risco, até que a noção de risco passa a ser compreendida como uma situação complexa que desloca as causas dos problemas dos indivíduos para o contexto social e ambiental, que são capazes de produzir saúde ou doença. Logo, risco passa a ser entendido como a possibilidade de sofrer dano, não apenas a probabilidade casuística (Dimenstein; Cirilo, 2020).

O conceito de vulnerabilidade aplicada à saúde é resultado do processo de interseções entre o ativismo durante a epidemia de Aids e o movimento dos Direitos Humanos. Hoje, em torno da vulnerabilidade, existe uma diversidade de proposições, algumas até divergentes em termos políticos-ideológicos e teórico-filosófico (Ayres, 2003).

No plano social, a vulnerabilidade refere-se à existência de relações que limitam a capacidade de atuação das pessoas e que retiram os suportes institucionais de segurança social, ou seja, situações que negam o exercício efetivo de direitos e, portanto, insegurança de projetos futuros. Sendo assim, a vulnerabilidade restringe as capacidades relacionais de afirmação no mundo, gerando, dessa forma, fragilização (Oviedo; Czeresnia, 2005).

A vulnerabilidade é definida por Dimenstein e Cirilo (2020) como o entrelaçamento de condições materiais, políticas, culturais, jurídicas e subjetivas, que direcionam os saberes e práticas em saúde, sendo uma abordagem conceitual que permite análises multidimensionais. Dessa forma, torna-se um conceito mediador de ações e mecanismos de enfrentamento às condições sociais adversas.

Ayres (2003, p. 127) define vulnerabilidade como:

O movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individual, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

O conceito de vulnerabilidade possui características indissociáveis, tais como: ser multidimensional, logo, em uma mesma situação pode-se estar vulnerável a um determinado agravo e não a outro; não ser unitária, isto é, a exposição à vulnerabilidade dá-se em diferentes graus; e, por último, não ser estável, visto que as dimensões e graus mudam ao longo do tempo. Isso significa que as pessoas não são vulneráveis, mas sim estão vulneráveis (Ayres, 2003)

Muitos aspectos estão envolvidos na produção de vulnerabilidades, grande parte desses não estão ao alcance decisório do indivíduo, tais como o desemprego, deficiência, alimentação, analfabetismo, violência, condições sanitárias, relação de gênero, desigualdades, entre outros. Soma-se a isso o desamparo social demonstrado através de fragilidades nas políticas pública (Dimenstein; Cirilo, 2020).

Portanto, é evidenciada a multidimensionalidade da vulnerabilidade, isto é, a análise de vulnerabilidades envolve a avaliação articulada dos três níveis de determinações, a saber: componente individual, social e programático. O individual está relacionado à qualidade de informação que os indivíduos dispõem sobre o problema, a capacidade de elaborar essas informações e transformá-las em práticas de prevenção e proteção. O componente social relaciona-se às possibilidades de obter e elaborar informações, acesso aos meios de comunicação, escolarização, recursos materiais, influência nas decisões políticas, enfrentamento de barreiras sociais, etc. Por fim, o componente programático refere-se aos recursos sociais e políticas públicas ligadas ao problema (Ayres, 2003).

No vasto campo de estudo sobre vulnerabilidades, existem diversos conceitos, entre eles o da vulnerabilidade social, em que se compreende que o foco da vulnerabilidade passa a ser menos as identidades pessoais/sociais do que as relações sociais que alicerçam as situações de vulnerabilidade e de negligência ou violação de direitos humanos, como as relações de gênero, raciais, geracionais, socioeconômicas etc (Dimenstein; Cirilo, 2020).

Ayres (2003) apresenta alguns componentes importantes para avaliar a condição de maior ou menor vulnerabilidade social de um indivíduo ou de coletivos, são eles: acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, liberdade de

coerções violentas ou possibilidade de defender-se delas. E, entre os aspectos de vulnerabilidade, destaca-se a pobreza, questões de raça, gênero e geracionais, em que as desigualdades de gênero, raça e classe determinam as disparidades em saúde, restringindo a população negra ao acesso de bens e serviços.

No Brasil, as vulnerabilidades na população negra estão vinculadas ao racismo, determinando, assim, os piores indicadores sociais e de saúde. Goes *et al.* (2020) apontam que as mulheres negras são as mais vulneráveis, uma vez que experimentam as desigualdades de raça, gênero e classe, além de apresentarem também desvantagens na escolaridade e renda. Esses autores evidenciaram que mulheres pretas e pardas estão em situação de vulnerabilidade na busca pelo primeiro atendimento pós-aborto, de forma equivalente a estudos anteriores sobre procura e acesso dessas mulheres a outros tipos de serviços de saúde.

A violência em suas diversas formas está presente em praticamente todas as classes sociais, culturas e sociedades. A violência de gênero está relacionada ao patriarcado. Nesse modelo, as mulheres são socializadas para dar sustentação ao modelo, através da educação diferenciada de gênero. Dentre o papel atribuído à mulher era a reprodução e o envolvimento com o corpo. Nesse sentido, a violência de gênero é definida como qualquer ato de violência que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher (Mwneghel *et al.* 2003)

Ressalta-se que o Brasil se caracteriza pela grande desigualdade social e pelo fato da maioria de sua população ser constituída por pessoas negras que vivem majoritariamente em regiões urbanas, porém, em territórios periféricos comumente caracterizados como favelas, sob condições insalubres e em situação de desemprego, subemprego e/ou atividades precarizadas, possuindo baixa escolaridade, sendo mais suscetíveis a diversos tipos de violência. Tais dados refletem-se em altas taxas de morte por homicídios e de morbimortalidade por violações, além de prejuízos à saúde pelo menor acesso à prevenção e aos cuidados de saúde no SUS (Silva; Lima, 2021).

Portanto, compreender e enfrentar as desigualdades que comprometem a saúde faz-se necessário à garantia dos direitos da pessoa humana. Para tal, teorias vêm sendo propostas, a exemplo da teoria dos determinantes sociais do processo saúde-doença, na qual, entende-se que os fatores sociais, econômicos e culturais determinam as condições de saúde da população. Essa teoria tem dialogado com perspectivas teóricas interseccionais por abarcarem não apenas as determinações econômicas, mas os demais marcadores sociais de desigualdades, como o gênero, a sexualidade, a geração, entre outros, além da classe social e

raça/cor. Assim, a abordagem da interseccionalidade é uma vertente teórico-metodológica que busca analisar a complexidade e a irreduzibilidade de um marcador social da diferença sobre o outro (Oliveira *et al.*, 2020).

O termo interseccionalidade foi utilizado por Kimberlé Crenshaw em 1998, quando examinou criticamente a discriminação racial e de gênero. Ela demonstrou que as feministas brancas excluíram as mulheres negras do movimento feminista ao estabelecerem uma agenda de classe média branca. Além disso, tal exclusão reforçava-se pelo fato de que as mulheres negras não fossem totalmente reconhecidas dentro do movimento antirracista devido ao viés masculino desta proposta (Carbin; Edenheim, 2013).

A interseccionalidade tem como eixo central a desigualdade social, além do poder, contexto social, complexidade e justiça social. A justiça social intenta alcançar a equidade na distribuição e acesso a oportunidades e recursos sociais e econômicos na sociedade. Portanto, vem sendo utilizada para analisar como as múltiplas identidades sociais influenciam simultaneamente as iniquidades em saúde (Agénor, 2020).

A interseccionalidade é uma estrutura teórica que possibilita compreender como múltiplas identidades sociais, a exemplo da raça, gênero, orientação sexual, *status* socioeconômico e deficiência, cruzam-se no nível micro da experiência individual para refletir sistemas interligados de privilégio e opressão no nível macrosocial-estrutural, como o racismo, sexismo, heterossexismo e o classicismo. Portanto, essa teoria aplicada na disciplina de saúde pública viabiliza uma interpretação e análise crítica para reformular como os pesquisadores conceituam, investigam, analisam e abordam as disparidades e a desigualdade social em saúde (Bowleg, 2012).

Apesar do potencial da perspectiva interseccional para a saúde pública, esse conceito tem promovido uma noção homogênea de mulher, referindo-se às mulheres brancas e heterossexuais, sendo necessário o entendimento do papel da raça, classe social, orientação sexual, contexto de origem e idade para a criação de alternativas que incluam outras mulheres e a superação dos entendimentos morais adotados para estigmatizá-las (Cruz, 2022).

Em oncologia, os determinantes sociais da saúde assumem expressão na abordagem analítica tanto do risco ao adoecimento por câncer quanto das condições de acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento. O câncer associa-se a causas múltiplas, abrangendo desde a suscetibilidade genética até condições determinadas por cultura, modos de vida e ambiente. Assim, além da predisposição genética no desenvolvimento dessa enfermidade, é preciso considerar as condições e estilos de vida dos indivíduos, que são

influenciados pelos fatores sociais, econômicos e culturais, apontados como condicionantes importantes na incidência e mortalidade por câncer. Portanto, o processo saúde-doença envolve diversos aspectos da vida do indivíduo, como sua relação com o meio ambiente, alimentação, condições de trabalho e renda; além dos marcadores como raça, etnia, gênero e situação de pobreza (Vieira, 2021).

Corroborando, a pessoa com CCU tende a exibir determinantes sociais de saúde prejudicados, como baixa renda e residência em bairros carentes, relacionados com a menor propensão de adotar cuidados de rastreamento (Carcino *et al.*, 2020). Essas desigualdades sociais são influentes na ocorrência e evolução do câncer e no grau de exposição a fatores de risco relacionados às condições socioeconômicas, ao estilo de vida, aos fatores ambientais e ocupacionais, ao acesso a programas de rastreamento e diagnóstico precoce, ao acesso e à qualidade do tratamento e, ainda, aos cuidados paliativos (Ferreira *et al.*, 2022).

As desigualdades sociais causam diferenças na incidência, mortalidade e sobrevida do câncer. No CCU, as mulheres com vulnerabilidade social podem apresentar maior mortalidade e menores taxas de sobrevida devido às barreiras no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno. Portanto, a análise das desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por neoplasias é essencial para o desenvolvimento de ações prioritárias que promovam a igualdade em saúde (Ferreira *et al.*, 2022).

No modelo vigente da APS, essas condições de vulnerabilidade ainda são pouco observadas, apesar de se reconhecer que elas acentuam as iniquidades de saúde, especialmente na população carente e pobre, de forma que aumentam os agravos decorrentes do adoecimento e elevam a morbimortalidade em razão do modelo biomédico vigente. Tal modelo é pautado no atendimento ao indivíduo de forma descontextualizada de sua realidade histórica, social, cultural e interseccional (Alonso, 2022).

Neste contexto, acentua-se a relevância de entender e pensar essas condições como determinantes de estado de saúde, que inclui a vulnerabilidade social. Na saúde, esse termo está associado ao reconhecimento de que o ser humano pode ser suscetível a danos ou riscos devido a desvantagens sociais (Ferreira *et al.*, 2021). Assim sendo, a vulnerabilidade social é frequentemente associada à baixa condição em saúde e à baixa adesão aos programas de promoção da saúde.

Os indicadores mais utilizados para analisar a associação entre os fatores desigualdade social e a mortalidade por CCU são a educação, a pobreza e o mercado de trabalho. O indivíduo com maior nível educacional tem menor taxa de óbito por CCU, sendo essa relação

inversa explicada pela menor exposição a fatores de risco. A baixa escolaridade atua como uma barreira na assimilação do conhecimento sobre a doença, fazendo com que as pessoas se exponham aos fatores de risco por não compreenderem que esses podem aumentar a probabilidade de adoecimento (Pereira; Bustamente-Teixeira, 2018).

Corroborando esse entendimento, Alonso (2022) afirma que há doenças prevalentes em pessoas em situação de pobreza, a exemplo das doenças negligenciadas e reemergentes, como a dengue, zika, chikungunya, hanseníase, tuberculose, febre amarela, malária, entre outras. No entanto, se eventualmente essas doenças afetarem pessoas da classe média alta ou os ricos, elas serão rapidamente tratadas na lógica do atendimento hospitalocêntrico, com menor probabilidade de consequências à vida da pessoa enferma. Além disso, essas doenças aumentam a morbidade e mortalidade nas pessoas pobres e naquelas que vivem em vulnerabilidade social.

Além dessas dificuldades, as mulheres idosas, negras, com baixa situação socioeconômica e usuárias do hospital público têm risco mais elevado para o diagnóstico de CCU em estágio avançado, sendo identificado que uma mulher negra, entre 70 a 74 anos de idade, solteira, com baixa renda e escolaridade e que utiliza o hospital público tem a probabilidade 2,54 vezes maior de ter CCU em estágio avançado em comparação a uma mulher branca, de 40 a 44 anos, com uma renda mais elevada, com boa educação, casada e com acesso a um hospital privado (Almeida, 2018).

Ao encontro com esses achados, Fonseca *et al.* (2021) identificou que o número de óbitos em mulheres idosas, ou seja, com idade igual ou superior a 60 anos, aumentou no período de 2010 a 2019 no Brasil, pois mulheres nessa faixa etária nem sempre são contempladas com exame de rastreio. Além disso, esse resultado pode estar correlacionado com os níveis de escolaridade, uma vez que a população idosa apresenta uma taxa de analfabetismo mais elevada do que as mulheres adultas, podendo esse perfil educacional ser classificado como um mau prognóstico, tornando-se um fator de risco expressivo.

Apesar de a saúde ser um direito humano, as iniquidades são recorrentemente testemunhadas entre grupos socialmente marginalizados, podendo causar mais risco de morbimortalidade de CCU. Entre mulheres negras brasileiras, observou-se maior taxa de não adesão ao rastreamento pela dificuldade de acesso ao serviço de saúde pública. Essa problemática pode ter causas multifatoriais, como o racismo interpessoal, estrutural e institucional. Soma-se a isso o valor atribuído socialmente à corporeidade da mulher negra,

tornando-se uma barreira à medida que as usuárias deixam de procurar os serviços (Rodrigues *et al.*, 2021).

Nesse contexto, Wang (2020) corrobora com essa discussão ao analisar como as taxas de rastreamento de câncer foram afetadas pela pandemia de COVID-19. Tal conclusão baseia-se na identificação de que essas taxas foram mais baixas em indivíduos com baixo *status* socioeconômico ou que se identificaram como minoria, incluindo as minorias raciais e étnicas, as pessoas em situação de carência social e aquelas pertencentes às minorias sexuais e de gênero. Portanto, é importante não só reconhecer a sobreposição entre o baixo *status* socioeconômico e o *status* de minoria, mas também enfrentar o duplo impacto que pobres e desprivilegiados sofreram pela COVID-19 (Wang, 2020).

As múltiplas dimensões de desigualdades sociais moldam simultaneamente a saúde dos indivíduos. Há evidências de disparidades no rastreamento do CCU segundo a orientação sexual e a raça/etnia. Agénor *et al.* (2014) demonstram que a orientação sexual e a raça influenciam conjuntamente na realização do exame Papanicolau. A realização desse exame foi significativamente menor em mulheres que têm relação sexual com outras mulheres em comparação com mulheres que tem um homem como parceiro sexual, sendo ainda menor nas mulheres negras.

Nos EUA, as disparidades raciais/étnicas no início da vacinação contra o HPV foram identificadas segundo o país de nascimento, pois as mulheres asiáticas e latinas tiveram menores chances de iniciar a vacinação contra o HPV do que as mulheres brancas que não nasceram em solo americano. Os fatores socioeconômicos explicaram apenas as disparidades no início da vacinação contra o HPV entre mulheres latinas e mulheres brancas cujo nascimento foi no exterior, enquanto os indicadores de acesso aos cuidados de saúde explicaram modestamente as disparidades entre mulheres brancas, negras e latinas e as mulheres brancas nascidas nos EUA. Portanto, as disparidades são complexas e envolvem as origens raciais/étnicas minoritárias e a nacionalidade de origem (Agénor *et al.*, 2018b).

Por outro lado, o CCU está relacionado com as condições socioeconômicas da população nos países em desenvolvimento, como o Brasil, exibindo alta prevalência e mortalidade em mulheres de extratos sociais mais baixos e condições financeiras desfavoráveis. O CCU é elevado em áreas subdesenvolvidas e com acesso restrito aos serviços de saúde, apresentando relação entre os seus fatores de risco e as condições de vida das mulheres com baixa situação econômica. Assim sendo, os grupos mais vulneráveis são

aqueles que enfrentam barreiras de acesso a serviços de saúde para detecção e tratamento da doença, causadas pelas dificuldades econômicas e geográficas (Kock *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o rastreamento do CCU em mulheres em vulnerabilidade social deve contemplar a abordagem interseccional e abarcar uma perspectiva ampliada sobre os marcadores sociais de desigualdade, como o gênero, a raça e a classe social, que se articulam e produzem vulnerabilidade e risco de morbimortalidade de intensidade variada pelos diferentes grupos de mulheres que constituem a população feminina no país.

2.3 Modelo Socioecológico da Saúde

O modelo socioecológico surgiu a partir da contribuição de diversos autores. Inicialmente, valorizavam-se apenas as influências dos indivíduos sobre o seu ambiente e, posteriormente, foram contempladas as influências do ambiente sobre o comportamento dos indivíduos. Mais tarde, surgiram modelos estruturados em busca do comportamento saudável para a promoção da saúde e, à medida que foram se desenvolvendo, os estudos passaram a focar na compreensão da natureza da relação da pessoa com a sua esfera sociocultural e física, que pode ser entendida como o seu ambiente (Sallis; Owen; Fisher, 2008).

É considerado um modelo conceitual desenvolvido para unir teorias comportamentais e antropológicas do desenvolvimento humano, que considera que o indivíduo está imerso em ambientes complexos e que são representados por níveis concêntricos, sendo o primeiro micronível representado pelo ambiente social do indivíduo e inclui as relações com a família, amigos e vizinhos. O segundo nível abrange a comunidade na qual o indivíduo interage com o seu ambiente social. De modo mais ampliado, o terceiro nível é macro e representa o ambiente social mais amplo, consistindo em atitudes compartilhadas e normas comportamentais. Ressalta-se que, embora o indivíduo esteja inserido nesses contextos de interseção, o indivíduo é um agente que age sobre esses ambientes ao mesmo tempo em que os ambientes moldam os resultados individuais (Poleshuck, 2019).

O modelo socioecológico objetiva a compreensão entre a relação do indivíduo e o ambiente, e a interação do indivíduo com seu ambiente físico e sociocultural (Thornton *et al.*, 2018). Esse modelo pressupõe que o comportamento de saúde individual influencia e é influenciado pelo ambiente. Nessa estrutura, os indivíduos são categorizados dentro de

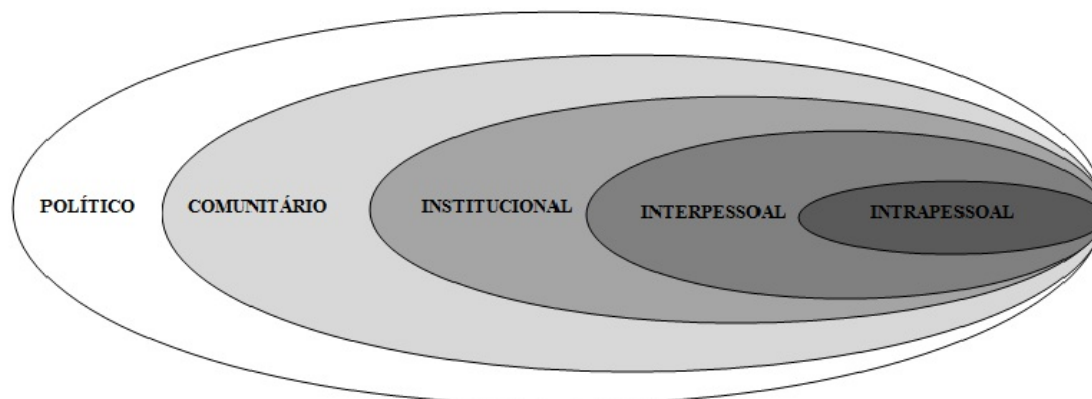
diversos níveis hierárquicos de influência, tais como, intrapessoal (fatores biológicos e psicológicos), interpessoal (culturais e sociais), organizacional, comunidade e política. Essa perspectiva é necessária ao compreender as questões complexas. Esse tipo de abordagem também propicia intervenções mais abrangentes, ou seja, em vários níveis (Garney *et al.*, 2021).

Assim sendo, o modelo socioecológico pode ser estruturado por diferentes níveis de influência e esses podem ser compostos por diferentes fatores, que são determinados de acordo com os objetivos das pesquisas. Esse modelo subsidia a compreensão das relações entre os indivíduos e seus respectivos ambientes sociais e físicos. Também auxilia na reorientação da atenção de fatores estritamente individuais para fatores de multinível, como propõe a abordagem interseccional (Carrapatoso, 2015).

O modelo socioecológico faz analogia a um ecossistema natural, no qual os indivíduos estão inseridos em vários subsistemas interdependentes. Esse modelo é utilizado para explorar a relação entre os fatores de risco, que podem ser do ambiente individual ou contextual, e as disparidades de saúde entre um grupo populacional, levando-se em conta não somente as influências imediatas, mas também os fatores ao redor, tais como a comunidade, governo e infraestrutura. É uma estrutura que pode ser alterada e adaptada para diversos modelos de pesquisa e intervenção em diferentes disciplinas, incluindo pesquisa em saúde pública (Lanfer; Reifegerste, 2021).

De acordo com Sallis, Owen e Fisher (2008), o modelo socioecológico possui uma estrutura em camadas, comumente representado como uma imagem de “cebola cortada”, em que cada camada representa um nível de influência, estando o individual no centro, correspondendo, assim, aos fatores pessoais, tais como, crenças, características sociodemográficas, barreiras, comportamentos, entre outros; e, seguidamente, o ambiente social, que compreende os relacionamentos, como a cultura e a sociedade com os quais o indivíduo interage; o ambiente físico, que é caracterizado pela estrutura do ambiente e políticas públicas, referindo-se à legislação, às políticas e ações de promoção à saúde, como exhibe a figura 1.

Figura 1 – Modelo Socioecológico da Saúde.



Fonte: A autora, 2023, adaptado de McLeroy *et al.* (1988, p. 355).

Para McLeroy *et al.* (1988), a estrutura conceitual do modelo socioecológico propõe que as intervenções de promoção da saúde encontram-se baseadas em nossas crenças, entendimentos e teorias dos determinantes do comportamento, e que os cinco níveis de análise podem subsidiar estratégias necessárias à promoção da saúde, assim compreendidos:

1) fatores intrapessoais são as características do indivíduo, como conhecimento, atitudes, comportamento, autoconceito, habilidades, entre outros fatores, incluindo o desenvolvimento da história do indivíduo;

2) processos interpessoais abarcam a rede social formal e informal, e sistemas de apoio social, incluindo a família, grupo de trabalho e rede de amizade;

3) fatores institucionais são as instituições sociais com suas características organizacionais, regras e regulamentos formais (e informais) para operarem a sua finalidade;

4) fatores comunitários são os relacionamentos entre organizações, instituições e redes dentro de limites definidos;

5) políticas públicas são representadas pelas leis e políticas locais, estaduais e nacionais.

O modelo socioecológico possibilita indicar a existência de diferentes fatores multiníveis que estão inter-relacionados e podem impactar os comportamentos de saúde. O modelo sugere que fatores no nível individual, como a idade, gênero, raça/etnia, percepção e atitude, e aqueles decorrentes dos relacionamentos familiares no nível interpessoal, apoio da

vizinhança no nível comunitário e política no nível da política devem ser considerados no estudo do comportamento de saúde (Jang, 2022).

O interesse pelos modelos socioecológicos tem crescido nas últimas décadas em razão de propor a combinação de fatores ambientais, sociais, individuais e estratégias políticas, tendem a garantir a intervenção em longo prazo, ao invés de se considerar uma única influência (Martínez-Andrés *et al.*, 2020). Por outro lado, a teoria socioecológica enfatiza a experiência vivida em um ambiente em constante mudança, desde o micro até o nível microbiológico, comportamental, social e físico. A interseccionalidade da saúde pública acrescentou o construto de interações constantes entre os determinantes da saúde que resultaram em diferentes níveis de estado de saúde entre indivíduos e grupos. Ambas as perspectivas subsidiam uma abordagem holística dos determinantes sociais da saúde e podem ser aplicadas tanto no ensino quanto na prática da enfermagem em saúde pública (Schoon; Krumwiede, 2022).

Além dessa utilização, o modelo socioecológico é aplicado em pesquisas na área de saúde por reconhecerem que as influências comportamentais podem ser originadas do indivíduo, como também da condição social e do ambiente físico (Yang, 2019). Esse modelo também contribui para que as intervenções sejam mais eficientes se pensadas em diferentes níveis (Timmermands *et al.*, 2020).

O modelo socioecológico da saúde descreve como os fatores individuais, interpessoais, comunitários e sociais moldam a saúde da população. A compreensão desses múltiplos níveis de influência é necessária para evitar problemas de saúde em grupos oprimidos, é proposto como um modelo multinível que descreve os determinantes sociais de saúde e é capaz de fornecer estrutura para orientar o planejamento, o desenvolvimento de ações relacionadas à redução dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção, como exemplo do estudo, relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, onde foi feita uma adaptação do modelo ecológico, em cinco níveis, dividido em nível individual; interpessoal; comunidade e nível social (Prather *et al.*, 2016).

A utilização do modelo sociológico da saúde em estudos similares, nos quais foram avaliados a aceitação do rastreamento do câncer do colo do útero e o tratamento em mulheres rurais, possibilitou a identificação de diferentes níveis de barreiras, como proposto pelo modelo socioecológico, tais como o nível individual, que normalmente está associado ao baixo conhecimento sobre o rastreamento e às questões pessoais; o nível institucional que está relacionada às barreiras para adoção do rastreamento e tratamento do CCU, como atitudes dos

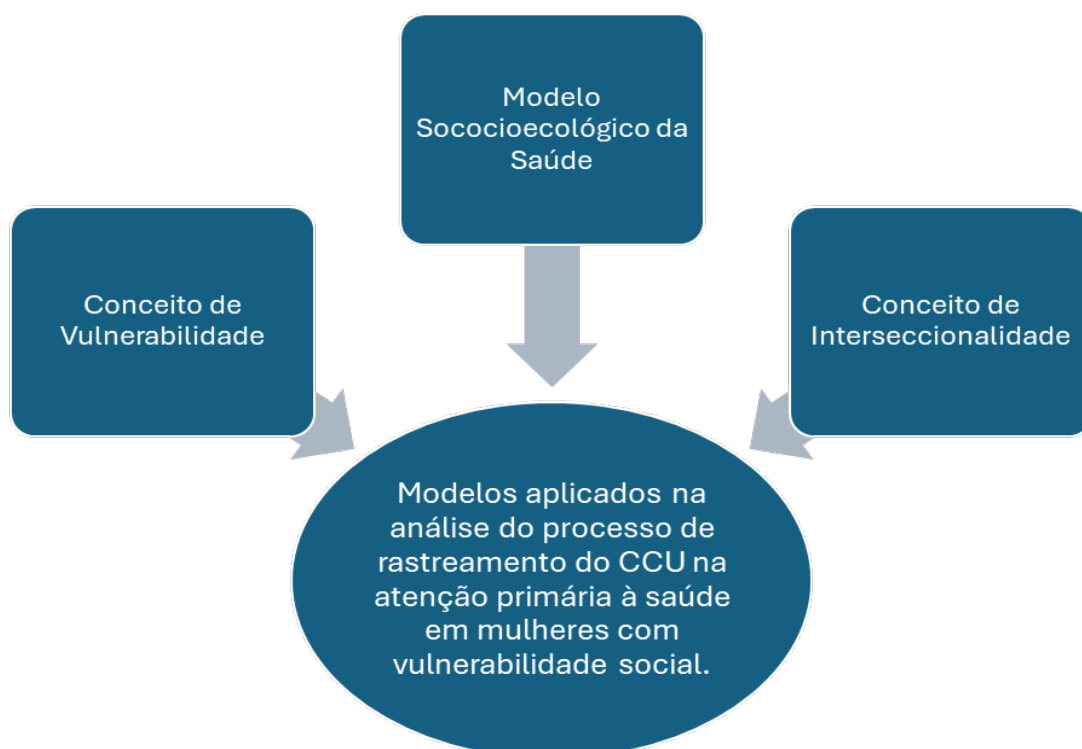
profissionais de saúde em relação ao paciente e os diagnósticos incorretos; o nível comunitário que se relaciona aos fatores socioculturais, como crenças e religião; e, por fim, o nível político, que está ligado à escassez de política de gestão da doença ou fragilidades na implementação das existentes (Binka *et al.*, 2019).

Em estudo sobre o uso do rastreamento do CCU entre homens transgêneros foram identificados oito fatores abrangentes, que foram contextualizados dentro dos níveis do modelo socioecológico da saúde, sendo classificados como sociedade, nos quais se incluem os fatores sociais, abrangendo estigma e política; instituições de saúde que se relacionam as características organizacionais da saúde, como documentação e papelada e ambiente acolhedor e inclusivo; encontros interpessoais com profissionais de saúde e equipe e intrapessoal que consiste em características dos indivíduos, que incluíram experiências negativas do passado, desenvolvimento da identidade de gênero e *status* socioeconômico (Johnson; Wakefield, 2020).

A aplicação desse modelo em pesquisa sobre o problema no diagnóstico e tratamento de câncer de mama permitiu a verificação das barreiras subdividas em três grandes categorias, barreiras de nível individual, sociocultural e estrutural. Além disso, a apresentação de tais dados com base no modelo socioecológico da saúde contribuiu para que se verificasse que a primeira barreira captura o nível individual no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e inclui os subtemas falta de consciência, cura espiritual e hesitação em aceitar apoio social; a segunda barreira, por sua vez, abrange fatores sociais e culturais que colocam barreiras à agência individual das mulheres que sofrem de câncer de mama e subdivide-se em sensibilidade feminina, estigmatização e aversão a médicos homens; e, por último, a terceira barreira, decorrente de poucos fatores institucionais em nível macro que dificultam o rastreamento e o tratamento, tem como subtemas a falta de recursos financeiros e serviços médicos apáticos (Saeed *et al.*, 2021).

Portanto, o modelo socioecológico da saúde tem sido aplicado em estudos sobre a saúde da mulher para entender os fatores multiníveis e influentes nas ações de saúde, assim como sob a abordagem interseccional desses níveis, possibilitando uma análise mais abrangente sobre o fenômeno em análise. Assim sendo, esse modelo juntamente com os conceitos de vulnerabilidade e interseccionalidade balizarão a análise do processo de rastreamento do câncer do colo uterino na atenção primária à saúde em mulheres com vulnerabilidade social e dos seus fatores relacionados, como demonstrado na figura 2.

Figura 2 - Modelos aplicados na análise do processo de rastreamento do CCU na atenção primária à saúde em mulheres com vulnerabilidade social.



Fonte: A autora, 2023.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

A pesquisa desenvolvida nesta dissertação caracteriza-se como um estudo de abordagem qualitativa e do tipo descritivo. A pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa, isto é, permite que o investigador faça a interpretação dos dados, incluindo desenvolvimento da descrição de uma pessoa ou de um cenário, com vistas ao desenvolvimento de uma interpretação sobre seu significado (Creswell, 2021).

O método de pesquisa qualitativa, segundo Oun e Bach (2014), é empregado em diversas disciplinas e, tradicionalmente, nas pesquisas sociais, nas quais o objetivo do pesquisador é coletar com grandes detalhes a compreensão do comportamento humano e o resultado que o levou a tal comportamento. Ou seja, esse método examina e responde as questões de como, onde, o quê, quando e por que uma pessoa agiria de tal maneira com relação a um assunto específico. É considerado um método empírico, aquele em que o pesquisador coleta dados sobre os sentidos de determinado fenômeno.

3.2 Campo de pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Clínica da Família, que é uma unidade da Estratégia Saúde da Família integrante da Atenção Primária à Saúde, onde são realizados os exames preventivos do CCU, que fica localizada no Município do Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro tem 1.224 km², organizado em 33 regiões administrativas (RA) e 160 bairros, sendo capital e maior cidade do estado homônimo e a segunda maior e mais importante do Brasil. Esse município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I do Estado do Rio de Janeiro e é dividido em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde, são elas: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3. No que tange ao panorama demográfico, segundo dados do Censo Demográfico, o Rio de Janeiro possui população estimada de 6.747.815. Atualmente, o perfil de morbidade da população residente tem se

caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, mas também pela coexistência de doenças transmissíveis, emergentes e reemergentes. Com relação ao acesso a ações e serviços de saúde, é atualmente composta por 51 hospitais, 35 unidades de Pronto-Atendimento, 34 centros de Atenção Psicossocial e 231 unidades de Atenção Primária, sendo 117 Clínicas da Família e 111 centros municipais de saúde e 3 centros de Saúde-Escola, compostas por 1.294 equipes, o que cobre 4.464.3000 habitantes, cerca de 70% da população (Rio de Janeiro, 2021).

A unidade estudada, localiza-se na AP 5.2, no bairro de Campo Grande, zona oeste do município do Rio de Janeiro, sendo essa zona a mais afastada das zonas central e sul. Possui quatro equipes de Saúde da Família, totalizando o número de 14.784 usuários cadastrados e ocupa um território de 4 km de extensão, onde a população mais vulnerável fica na extremidade mais distante da unidade.

A AP 5.2 abrange os bairros de Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba. Essa AP foi selecionada em virtude de integrar o conjunto de bairros com baixo Índice de Progresso Social (IPS)², de 50 a 59, em comparação com os bairros Botafogo, Copacabana, Lagoa, Vila Isabel e Tijuca, cujo IPS ficou acima de 70. Considerando os componentes Fundamentos do Bem-Estar, a zona oeste obteve as piores pontuações do município, variando de 27,58 a 44,31, enquanto as pontuações mais elevadas foram observadas nos bairros Botafogo (77,09) e Lagoa (70,24), sendo que o município do Rio de Janeiro obteve 51,63 (Rio de Janeiro, 2021).

Atualmente, a CAP 5.2 possui 87.360 beneficiados pelo programa Auxílio Brasil, sendo que a unidade da ESF selecionada para esta pesquisa possui maior número de beneficiários, que corresponde ao total de 4.863 pessoas, onde 1.970 são mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. No primeiro trimestre de 2022, foram realizados ao todo 1.919 exames citopatológicos do colo do útero na CAP 5.2, onde 1.699 estavam dentro da faixa etária preconizada para o rastreamento do CCU.

Ao avaliar os indicadores da APS, destaca-se o indicador de proporção de mulheres com coleta de exame citopatológico, que se configura como um indicador que avalia a proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que fizeram pelo menos um exame citopatológico do colo uterino nos últimos três anos. Esse exame consta também entre os indicadores do Previne Brasil, bem como dos contratos de gestão da SMS-Rio com as organizações sociais e

² Índice utilizado para a mensuração direta do desenvolvimento humano a partir de indicadores selecionados em três dimensões (Necessidades Humanas Básicas, Fundamentos do Bem-Estar e Oportunidades) e 12 componentes definidos globalmente (Rio de Janeiro, 2021).

é calculado pelo número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram coleta do exame citopatológico na APS nos últimos 36 meses sobre o número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos cadastradas e vinculadas à equipe no período. Este indicador apresenta limitações, pois avalia apenas a coleta e não considera o desdobramento dos casos com exames alterados, além de considerar apenas a população cadastrada e não toda a população do município. Tinha-se como meta para o ano de 2022 atingir 40% e a meta esperada para 2024 é de que se atinja os 60%. No entanto, o Município do Rio de Janeiro alcançou no mês de setembro de 2023 a meta de 36,62% enquanto a CAP 5.2 atingiu apenas 35,93% (SUBPAV, 2023).

Outro indicador importante, o SISPACTO, é medido pela razão entre os exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária. Esse indicador tem como meta esperada a razão de 0,40. No entanto, a unidade de ESF selecionada para o estudo atingiu a razão 0,08 em janeiro, 0,09 em fevereiro e 0,15 em março de 2022 (CITCOLO, 2022).

3.3 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram 20 mulheres em vulnerabilidade social, que eram elegíveis a realizar periodicamente o processo de rastreamento do CCU na UBS, residentes do território adstrito da UBS, com cadastro ativo na clínica da família estudada e que estavam utilizando o serviço de saúde no momento da pesquisa.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram as mulheres com idade entre 25 e 64 anos, beneficiárias do programa federal de transferência de renda, usuária de serviço da rede básica com Estratégia de Saúde da Família implantada e indicação para realizar o exame citopatológico do colo do útero periodicamente. O critério de exclusão foi mulheres que estavam com o benefício suspenso no momento da pesquisa.

Nesta pesquisa, para coletar os dados pertinentes ao estudo, foram recrutadas mulheres beneficiárias de Programa Federal de Transferência de Renda, anteriormente denominado de Programa Auxílio Brasil de dezembro de 2021 a até o início de 2023. Após março de 2023, voltou a ser denominado de Programa Bolsa Família e os seus principais objetivos gerais e vinculação com as ações de saúde foram mantidos.

Este Programa destina-se às famílias em situação de extrema pobreza, que são aquelas que possuem renda familiar mensal per capita³ de até R\$ 105,00, e as em situação de pobreza, com renda familiar mensal per capita entre R\$ 105,01 e R\$ 210,00. Esse Programa foi instituído pela Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021 e intenta estimular a emancipação das famílias beneficiárias para que essas alcancem a autonomia e superem as situações de vulnerabilidade social (Brasil, 2022).

O critério de seleção das mulheres beneficiárias do Programa de Transferência de Renda deu-se pelo programa abarcar várias políticas públicas, como assistência social, saúde, educação, emprego e renda, voltadas para famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza e com o objetivo de superação da situação de vulnerabilidade social.

Este programa apresenta como condicionalidades a realização do pré-natal, o cumprimento do calendário nacional de vacinação, o acompanhamento do estado nutricional e a frequência escolar mínima. Em outras palavras compreende-se que as crianças precisam estar com a vacinação em dia e os dados antropométricos (peso e altura) preenchidos, as gestantes com pré-natal em dia, com semana gestacional entre 1 a 42 semanas em relação à data de acompanhamento e com dados antropométricos (peso e altura) preenchidos e, por fim, as mulheres não gestantes devem estar com dados antropométricos (peso e altura) preenchidos. Além disso, sempre que possível, a titular do benefício deverá ser a mulher preferencialmente, podendo ser indicada como responsável familiar no Cadastro Único (Brasil, 2022).

A faixa etária foi estabelecida em referência à preconizada para a realização do rastreamento do CCU. A indicação para realizar o exame citopatológico do colo uterino periodicamente refere-se aos demais critérios definidos nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2016), além dessa faixa etária. O critério de UBS com ESF decorreu dos condicionantes para recebimento do benefício federal de transferência de renda, que são: as famílias devem ser assistidas pela equipe da Saúde da Família e esclarecidas por essa equipe sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do Programa Auxílio Brasil, com intento de que estejam cientes de suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde (Brasil, 2022).

³ Valores referentes a 2021

3.4 Técnica de Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e julho de 2023, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. A amostragem intencional e não probabilística de mulheres aptas a realizarem o exame preventivo foi utilizada, isto é, a seleção das participantes não foi do tipo aleatório. Esse tipo de amostra envolve a maior participação da pesquisadora na escolha dos atributos das participantes de interesse para o estudo (Lakatos; Marconi, 2016).

Dessa maneira, antecedendo a coleta de dados, a pesquisadora realizou previamente uma visita à unidade de saúde selecionada para o primeiro contato com o estabelecimento e com a gestora da unidade, quando foram apresentados a proposta do estudo, o planejamento da coleta de dados e os documentos de autorização da pesquisa. Neste dia, foi agendada a próxima visita.

Posteriormente, em visita subsequente, a pesquisadora, que é enfermeira especialista em saúde da família, apresentou-se aos funcionários da unidade e ocorreu a apresentação dos objetivos e propostas do estudo para a equipe de saúde, juntamente o planejamento para coleta de dados. Esse encontro aconteceu no dia e no horário da reunião de equipe, que ocorre semanalmente para discussão do processo de trabalho, estudo de casos, informes e treinamentos, sendo realizado no Centro de Cultura e Ideias da Unidade e levando 30 minutos em média. Ainda neste dia, foi realizada a ambiência da unidade e a seleção do consultório onde ocorreriam as entrevistas e agendamento dos dias de coleta de dados.

Em cada dia destinado à coleta de dados, a pesquisadora chegou à unidade, abordou de modo aleatório as usuárias que estavam aguardando o atendimento na sala de espera e as questionou se eram beneficiárias da Bolsa Família. Cerca de 200 mulheres foram questionadas nessa sala de espera e grande parte delas responderam negativamente. Quando a resposta era afirmativa acerca do recebimento deste benefício, as usuárias eram convidadas a participar da pesquisa. Nessa etapa, e pela dificuldade de captação das elegíveis na sala de espera, contou-se também com o auxílio dos agentes comunitários de saúde que indicavam para a pesquisadora as mulheres do território de saúde que sabiam que se tratavam de beneficiárias do programa e que estavam no serviço no aguardo de atendimento usuárias, tendo sido convidadas a participarem do estudo.

Entre as 41 mulheres recrutadas, três foram excluídas pelo critério de seleção referente à idade e 15 delas recusaram-se a participar da pesquisa, com alegação de que não tinham

tempo para conceder entrevista, posto que logo seriam atendidas ou por não se sentirem confortáveis em participar do estudo por temerem alguma relação com o recebimento da bolsa família. Tal fato ocorreu mesmo após as explicações oferecidas pela pesquisadora indicando que o estudo era de cunho acadêmico e vinculado ao curso de mestrado.

A entrevistadora apresentou-se a cada usuária abordada e expôs a proposta da pesquisa, assim como as razões para o desenvolvimento de tal investigação acadêmica. Em seguida, foram avaliados os critérios de seleção, inclusão e exclusão, convidando as participantes elegíveis à pesquisa e informando-as que os dados seriam obtidos através de entrevista individual e gravada, com duração estimada de 30 minutos, sendo realizadas de duas a três entrevistas em cada dia destinado à coleta de dados. As mulheres que aceitaram participar do estudo foram direcionadas individualmente, juntamente a entrevistadora, ao consultório de equipe que já estava reservado previamente no dia da visita à unidade. Das mulheres que aceitaram participar do estudo, uma desistiu no meio da entrevista, pois não se sentiu à vontade em responder os questionamentos e duas estavam com o benefício suspenso, sendo excluídas.

A pesquisadora deste estudo foi quem conduziu a entrevista sem auxílio de outra pessoa, sendo garantido à participante que não haveria prejuízo em seu atendimento na unidade e para o serviço que havia buscado no dia. Portanto, foi assegurado o atendimento subsequente à entrevista. A entrevistadora foi pessoalmente conversar com o profissional que atenderia a usuária, informando que a paciente participaria de uma pesquisa, questionando se poderia ser atendida na sequência da entrevista. Quando não era possível, a entrevista era realizada após o atendimento da mulher e a pesquisadora ficava aguardando o seu término. Antes de iniciar cada entrevista, verificou-se novamente o atendimento aos critérios de seleção do estudo. Quando a mulher encontrava-se apta a participar, era-lhe apresentado o estudo, seus objetivos e, em caso de concordância voluntária, aplicavam-se os éticos.

Portanto, a técnica de coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada individual. A entrevista é uma técnica de interação social e uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca obter dados e a outra apresenta-se como fonte de informação. As entrevistas permitem obter informação pessoal detalhada. Dessa forma, por meio de perguntas e respostas, conseguimos uma comunicação e, ao mesmo tempo, a construção de significados a respeito de um tema (Sampieri *et al.* 2013).

Lakatos *et al.* (2016) considera que a entrevista tem as seguintes vantagens: maior oportunidade para avaliar atitudes e condutas e possibilidade do entrevistado ser observado

naquilo que diz e como diz, permitindo o registro de reações e gestos, assim como a obtenção de dados que não se encontram em fontes documentais. Quanto às limitações, destacam-se: tempo longo destinado à sua realização; dificuldade de ser realizada e possibilidade de o entrevistado ser influenciado, consciente ou inconscientemente, pelo questionador.

A entrevista semiestruturada possibilita ao pesquisador organizar um conjunto de questões sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramento do tema principal (Gerhardt, Silveira 2009).

As entrevistas foram gravadas em mídia digital com auxílio de um gravador de voz. Sua duração variou de 15 a 30 minutos e contou com o suporte de um roteiro semiestruturado. Também foi utilizado um bloco de notas para auxiliar nas anotações durante a entrevista.

Para tanto, foi elaborado um instrumento de coleta de dados, disponível no Apêndice, contido na página 134, representado pelo roteiro de entrevista semiestruturada. Esse roteiro era dividido em duas partes, sendo a primeira relativa à caracterização das participantes, contendo perguntas como idade, escolaridade, estado civil, identidade de gênero, cor e renda. A segunda parte continha perguntas norteadoras para entrevista e de interesse do estudo, como questões a respeito do processo de captação dessas mulheres para o rastreamento do câncer de colo de útero, abordando as seguintes dimensões: organizacional, simbólica e técnica. A dimensão organizacional englobava aspectos relacionados à infraestrutura e aos insumos, tais como frequência e local da oferta dos serviços, forma de marcação, meio de locomoção à unidade de saúde. A dimensão simbólica abrangia aspectos atitudinais, de acolhimento e vínculo, bagagem cultural e crenças, percepção/expectativas das usuárias, além de valores pessoais e sociais. Por fim, a dimensão técnica compreendeu a competência dos profissionais para lidar com o processo saúde/doença nas perspectivas individual e coletiva, assim como os fatores facilitadores e limitadores para o processo de rastreamento CCU.

Cabe esclarecer que, antes do início da coleta dados, realizou-se um teste piloto do instrumento de pesquisa com mulheres com características similares, totalizando três entrevistas que foram descartadas em virtude de as entrevistadas não serem residentes ou pertencentes ao território estudado.

As entrevistas aconteceram durante sete encontros destinados à produção de dados e se encerraram com a saturação dos dados, isto é, quando as informações não acrescentaram mais informações à compreensão do fenômeno, sendo alcançada na 14ª entrevista. Foram realizadas mais seis entrevistas para confirmar que a saturação tinha sido alcançada, como

recomendado por Nascimento *et al.* (2018). As entrevistas foram transcritas na íntegra, totalizando 49 páginas digitadas e os dados foram organizados e analisados pela própria pesquisadora.

3.5 Técnica de análise dos dados

Para análise dos dados foi adotada a Análise Temática (AT) proposta por Braun e Clarke (2006), sendo um método de análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar temas a partir de dados qualitativos, proporcionando a sua organização e descrição.

A análise temática possui características semelhantes a outras técnicas de análise qualitativas, com as seguintes características fundamentais: a busca por padrões, recursividade, flexibilidade, homogeneidade interna nas categorias/temas e heterogeneidade externa entre as categorias/temas. Pode ser utilizada através de uma abordagem indutiva, quando não se parte de uma grade pronta de um tema estabelecido, ou dedutiva, a qual parte de um conjunto preestabelecido de categorias ou temas bem definidos (Souza, 2019).

O método da AT de Braun e Clarke (2006) é composto por seis etapas, assim sumarizadas:

- Etapa 1 - Familiarização com dados: transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco; anotar ideias iniciais durante o processo.
- Etapa 2 - Gerando códigos iniciais: codificar aspectos interessantes dos dados de modo sistemático em todo o banco; reunir extratos relevantes a cada código.
- Etapa 3 - Buscando temas: reunir os códigos em temas potenciais e unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
- Etapa 4- Revisando os temas: checar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo, gerando o mapa temático da análise.
- Etapa 5 - Definindo e nomeando os temas: refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.

- Etapa 6 - Produzindo o relatório: fornecimento de exemplos vívidos; última análise dos extratos escolhidos na relação com pergunta de pesquisa e os dados discutidos de acordo com o marco teórico-conceitual e literatura aderente ao tema; relato científico da análise.

Assim sendo, o processo de análise temática iniciou-se com a transcrição na íntegra das entrevistas, que foram, posteriormente, organizadas e numeradas conforme a ordem de realização, totalizando as 49 páginas. Foi procedida a leitura flutuante do material gerando o primeiro contato com os dados brutos, a fim de se familiarizar com eles e apreender as ideias gerais das entrevistas, seguida da releitura e anotações das ideias principais identificadas.

Na segunda fase, foi realizada a identificação dos códigos sistematicamente de todo o conteúdo e reunido os extratos importantes de cada código, isto é, os trechos das transcrições foram recortados e marcados, delimitando o início e o final de cada extrato referente a um tema. Foi criado um documento com a descrição de todos os códigos iniciais. À medida que surgiam um extrato similar e com o mesmo sentido, fornecia-se o mesmo código.

Subsequente a isto, na terceira fase, os códigos destacados foram agrupados a cada tema, previamente definidos, categorizando-os nos níveis de influências do Modelo Socioecológico da Saúde: individual, interpessoal, institucional, comunitário e político. Em consonância aos objetivos da pesquisa, foi realizada a análise das entrevistas no sentido de identificar temas explicativos do assunto investigado, sendo identificados os códigos de acordo com sua aparição nas entrevistas, que totalizaram 97 códigos temas. Para auxiliar na qualificação dos códigos, foi elaborada uma tabela no Excel onde os dados foram agrupados. Em seguida, os códigos com significados semelhantes foram agrupados, totalizando 14 códigos condensados e 4 subtemas, como consta no Apêndice E, disponível na página 138.

Na quarta fase, houve o refinamento dos temas, em que foram revisados em relação aos extratos, tendo sido classificados e separados por percepções e fatores dificultadores e facilitadores. Por fim, foi construído um mapa temático preliminar.

Na quinta fase, houve a nomeação das categorias a partir dos resultados que emergiram e a fim de responder os objetivos do estudo e a construção do mapa temático definitivo, que respondesse as questões de pesquisa. Esses extratos foram classificados em duas categorias, como exposto no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Categorias temáticas e subtemas correspondentes

Categoria Temática 1: Percepções das mulheres em vulnerabilidade social acerca do exame preventivo do Câncer do Colo do Útero	
Subtemas	Códigos condensados
Percepções positivas do exame preventivo	Valorização do exame preventivo e do cuidado da saúde feminina
	Percepções positivas acerca do exame
Percepções negativas do exame preventivo	Medo, desconforto e vergonha durante o exame preventivo
Categoria Temática 2: Fatores relacionados ao processo de rastreamento do Câncer de Colo do Útero	
Subtemas	Códigos condensados
Fatores limitadores do processo de rastreamento	Desvalorização do exame preventivo e experiência negativa anterior
	Dificuldades no acesso ao exame preventivo
	Informações limitadas acerca da prevenção do Câncer de Colo do Útero
	Barreiras do processo assistencial: espera prolongada e seguimento prejudicado
	Estrutura organizacional inadequada
	Posturas profissionais preconceituosas
	Dificuldades associadas a questões de gênero
Fatores facilitadores do processo rastreamento	Acesso facilitado ao atendimento
	Informações acessíveis sobre a prevenção do câncer do colo uterino
	Potencialidades do processo assistencial: vínculo com a equipe e satisfação com o atendimento
	Estrutura organizacional adequada

Fonte: A autora, 2024.

A categoria temática ‘Percepções das mulheres em vulnerabilidade social acerca do rastreamento do CCU’ gerou dois subtemas: Percepções positivas do exame preventivo e Percepções negativas do exame preventivo, em que o primeiro comporta os seguintes códigos condensados: valorização do exame preventivo e do cuidado da saúde da mulher (7 códigos) e Percepções positivas acerca do exame (6 códigos) e o segundo contempla o código condensado Medo, desconforto e vergonha durante o exame preventivo (5 códigos).

Enquanto a categoria temática “Fatores relacionados ao processo de rastreamento do Câncer de Colo do Útero” produziu os dois subtemas a seguir: Fatores limitadores do processo de rastreamento e Fatores facilitadores do processo rastreamento. O primeiro gerou os seguintes códigos condensados: Desvalorização do exame preventivo e experiência negativa anterior (6 códigos), Dificuldades no acesso ao exame preventivo (14 códigos), Informações limitadas acerca da prevenção do câncer do colo uterino (8 códigos), Barreiras do processo assistencial: espera prolongada e seguimento prejudicado (12 códigos), Estrutura

organizacional inadequada (3 códigos), Posturas profissionais preconceituosas (3 códigos) e Dificuldades associadas a questões de gênero (4 códigos). O segundo subtema, por sua vez, gerou os códigos condensados: Acesso facilitado ao atendimento (8 códigos), Informações acessíveis sobre a prevenção do câncer do colo uterino (7 códigos), Potencialidades do processo assistencial: vínculo com a equipe e satisfação com o atendimento (8 códigos) e Estrutura organizacional adequada (3 códigos).

Na sexta e última fase, foi produzido o relatório do processo analítico com a descrição de todas as suas categorias, os resultados e os extratos de fala mais importantes. As interpretações foram desenvolvidas de acordo com o enquadramento teórico-conceitual da pesquisa e com os achados do estudo acerca do assunto estudado.

A análise foi realizada por meio do modelo socioecológico da saúde, pois esse modelo enfatiza vários níveis de influência, tais como, individual, interpessoal, organizacional, comunitário e políticas públicas, além da ideia de que os comportamentos moldam e são moldados pelo ambiente social. Esse tipo de abordagem enfatiza que a promoção de saúde deve focar não apenas os fatores comportamentais, mas também os fatores de múltiplos níveis que influenciam o comportamento em questão.

3.6 Questões éticas da pesquisa

A pesquisa atendeu a legislação de ética em pesquisa, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação pelos Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 09 de fevereiro de 2023, parecer nº 5.884.469 (Anexo A), e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), em 25 de abril de 2023, parecer nº 6.021.728 (Anexo B).

A coleta de dados na unidade de saúde em questão também recebeu autorização do gestor local através da assinatura do Termo de Autorização Institucional (Apêndice C).

As participantes voluntariaram-se a participar do estudo, conceder os depoimentos e autorizar que os dados obtidos fossem utilizados para fins acadêmicos e científicos. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juntamente com a assinatura da pesquisadora (Apêndice D). As gravações das entrevistas foram

autorizadas pelas participantes e os áudios e suas transcrições estão sob a guarda da pesquisadora e assim permanecerão por cinco anos, quando poderão ser excluídos.

Para assegurar o anonimato das participantes, cada uma delas foi identificada pela letra M, referente à mulher, seguida de número, que representa a ordem sequencial de realização das entrevistas, como M1, M2, M3, e assim por diante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando as características das 20 mulheres participantes (APÊNDICE A), sete delas estavam com 25 a 34 anos de idade, cinco entre 35 e 44 anos, sete entre 45 e 54 e apenas uma entre 55 e 64 anos de idade. Quanto à escolaridade, oito participantes alcançaram o ensino fundamental, incompleto (4) ou completo (4), 11 entrevistadas estudaram até o ensino médio, incompleto (3) ou completo (8), e uma cursava o ensino superior.

Entre as 20 participantes, oito autodeclararam-se pretas, sete pardas e cinco brancas. Com relação ao estado civil, sete delas viviam em união estável, seis eram solteiras, seis estavam casadas e uma era viúva. Todas residiam em casa de alvenaria. A maioria delas (18) declarou-se heterossexual, mas uma entrevistada declarou-se homossexual e outra bissexual. As mulheres desempregadas (12) predominaram, seguidas daquelas que exerciam atividade laboral, quer seja informal (6) ou formal (2).

Quanto à renda familiar⁴, seis mulheres informaram renda de até R\$ 600,00, isto é, viviam apenas do benefício recebido e as demais informaram renda complementar ao auxílio, perfazendo a renda de até um salário mínimo (3); de um a dois salários mínimos (7); até três salários mínimos (3) e acima de três salários mínimos (1).

No que concerne à menarca, duas mulheres tiveram a primeira menstruação antes de completar dez anos e as demais entre 10 e 14 anos (14) ou após os 15 anos (4). Com relação à gestação, apenas uma mulher era nulípara, enquanto as outras dezenove tinham ao menos um filho vivo. Entre essas participantes, quatro tinham um filho, seis possuíam dois filhos e nove eram mães de três ou mais filhos. Das participantes que tinham filhos, a maioria tinha filho menor de idade (13), enquanto seis participantes possuíam filhos maiores de idade.

Com relação às doenças ginecológicas, a maioria das mulheres (15) negou histórico de patologias, enquanto cinco delas relataram ter alguma doença ginecológica, como adenomiose, endometriose e mioma. Entre as participantes, duas mulheres nunca haviam realizado o exame citopatológico do colo uterino e uma não se recordava se já havia realizado o exame anteriormente. A maioria (17) das mulheres realizou o exame antes dos 25 anos de idade e apenas uma realizou o exame pela primeira vez aos 40 anos de idade. Seis mulheres fizeram o exame preventivo há menos de 6 meses, três participantes realizaram entre 6 meses

⁴ Valores da bolsa família e salário mínimo nacional referentes até julho de 2023.

e 1 ano, quatro delas entre 1 e 2 anos e cinco já tinha realizado o último preventivo há mais de 3 anos.

Quanto aos resultados propriamente ditos, emergiram duas categorias temáticas. A primeira categoria temática, “Percepções das mulheres em vulnerabilidade social acerca do exame preventivo do CCU”, abrange as percepções positivas e as percepções negativas das mulheres sobre o exame preventivo. As percepções positivas abarcam a valorização e importância que o exame representa para a saúde da mulher, enquanto as percepções negativas contemplam os sentimentos de medo, desconforto e vergonha durante a realização do exame através de suas experiências vividas.

A segunda categoria, “Fatores relacionados ao processo de rastreamento do CCU”, contempla os fatores limitadores enfrentados pelas mulheres no curso desse processo de rastreamento, tais como barreiras de acesso, atendimento e informação, estrutura organizacional, postura preconceituosa do profissional de saúde e dificuldades associadas ao gênero. Essa categoria também abarca os facilitadores do processo de rastreamento, como acesso facilitado ao atendimento, informações acessíveis, estrutura organizacional adequada e potencialidades do processo assistencial.

Para Lawson e Marsho (2017), para que forneçam cuidados de saúde eficazes para as mulheres, é necessário que haja pesquisas que examinem as experiências vividas por elas em suas próprias vozes, que, por muitas vezes, são excluídas, assim como as vozes da população minoritária. Portanto, serão discutidas, a partir de agora, as perspectivas e vivências das mulheres em vulnerabilidade social que podem influenciar na sua adesão ao rastreamento do CCU.

4.1 Percepções das mulheres em vulnerabilidade social acerca do exame preventivo do Câncer do Colo do Útero

Nesta categoria temática, as mulheres descreveram suas percepções e sentimentos acerca do exame de rastreamento do CCU, que foram construídas ao longo de suas vidas, seja pelas experiências pessoais vivenciadas anteriormente ou de terceiros, por meio de sua rede social, juntamente com os conhecimentos prévios sobre a temática, suas crenças e valores.

Discutir como a mulher percebe o preventivo é um tema complexo, pois é preciso considerar as singularidades das vivências de cada mulher acerca do processo de rastreamento do CCU, que é cercado por mitos, fantasias e preconceitos constituídos por questões morais, afetivas e socioculturais. Além disso, a influência das percepções e crenças das mulheres sobre o processo saúde/doença pode ser determinante no processo de prevenção.

4.1.1 Percepções positivas do exame preventivo

Os achados demonstram que as entrevistadas reconhecem a importância do exame preventivo para a sua saúde, valorizando o procedimento de rastreamento do CCU, apesar de expressarem sentimentos como vergonha, dor e desconforto, sugerindo que os benefícios do citopatológico do colo do útero compensam essas percepções negativas. Também relacionam sua importância à falta de medo. Além disso, as mulheres associaram a importância do exame ao cuidado com a saúde, e, portanto, valorizam o seu bem-estar, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, além de perceberem o exame de rastreamento do CCU como uma forma de cuidar-se. Em suas falas, demonstram preocupação e interesse em saber suas condições de saúde, como destacado pelas participantes:

Eu penso que é muito importante, que a gente precisa estar sempre em dia para saber como estamos por dentro (M-6)

Fazer o preventivo é importante para estar em dia com a saúde. Eu não tenho medo não, pois serve para evitar as doenças. Eu acho que é importante para estar em dia com a saúde. Eu não tenho medo não. (M-2)

Para mim, sempre foi normal. Eu ouço minhas amigas falando que não gostam de realizar preventivo, que é incômodo, que dói. Eu faço e, gente, não dói. As pessoas me perguntam como eu consigo. Para mim, é algo normal. Não sinto dor e não é desconfortável. Eu acho que as pessoas ficam tensas e pensam que, ao colocar o espécuro, vai incomodar. Mas, é uma coisa que não dói. É tão rápido e muito importante para a saúde. (M-15)

Para mim, fazer o preventivo é normal, tirando a vergonha de se expor... (M-20)

As experiências positivas experimentadas pelas mulheres durante o exame, o conhecimento acerca da importância do preventivo e a desmistificação acerca do assunto podem contribuir significativamente para que esse grupo tenha uma percepção positiva sobre o citopatológico do colo uterino, o que pode gerar uma adesão mais eficaz ao exame, que foi o

que ocorreu com as mulheres que puderam depor positivamente. Contudo, foi observado que esse discurso foi discreto se avaliado ao quantitativo, mas não menos importante se pensarmos na potencialidade da mudança de paradigmas. Portanto, são considerados fatores que podem interferir positivamente na realização do exame e no processo de rastreamento do CCU.

Essas perspectivas positivas foram expressas por mulheres que entenderam que os benefícios do exame superaram os seus medos e desconfortos ou que nunca vivenciaram uma experiência negativa durante o exame. Pelo exposto, denota-se que a perspectiva de dor ou medo foi de menor relevância quando comparada com o julgamento delas sobre a importância do exame.

Percebeu-se ainda, através do discurso das entrevistadas, que o exame preventivo foi representado positivamente e, portanto, valorizado por elas, pois as entrevistadas relataram atributos benéficos à saúde, tais como: prevenir o adoecimento decorrente da história familiar; ser benéfico para saúde; ser um cuidado com a saúde; viabilizar o diagnóstico precoce; possibilitar a prevenção de doenças; ser necessário para saúde da mulher e um exame valorizado pela mulher.

Ressalta-se que quase a totalidade das mulheres investigadas atribuiu valor positivo e de valorização ao exame citopatológico do colo do útero, mesmo algumas delas não tendo manifestado comportamento preventivo e expressado sentimentos negativos acerca da realização do procedimento. Isso demonstra que elas compreendem a sua importância para a saúde das mulheres, mas somente essa percepção não foi capaz de superar as suas perspectivas negativas pré-estabelecidas.

A forma como as pessoas percebem sua saúde e cuidam dela perpassa por processos de subjetivação dependentes das histórias de vida das pessoas, bem como da complexa rede de interações que fazem parte de seu cotidiano (Traverso-Yépez, 2007). Os sentidos e as percepções que as mulheres atribuem ao exame preventivo são múltiplos e estão interligados. Enquanto, para algumas mulheres, o exame tem sentido de autocuidado e feminilidade, para outras, gera sentimento de obrigatoriedade e de culpa se não o realizam (Santos, Gomes, 2022).

Na segunda metade do século XX, começou-se a dar mais atenção à responsabilização da pessoa à sua saúde devido a uma mudança no padrão das doenças de aguda para crônica. Essa auto responsabilização deu origem ao conceito de autocuidado, que se define pelas responsabilidades individuais dirigidas aos estilos e aos comportamentos de saúde, requeridas

para o ótimo desenvolvimento e funcionalidade humana, permitindo às pessoas desempenharem, por si sós, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. O autocuidado é visto como a chave dos cuidados de saúde (Galvão; Janeiro, 2013).

O câncer é uma condição crônica de saúde e contempla ações de prevenção. Assim sendo, a educação em saúde não pode consistir na simples transmissão de informação, mas terá que ter por base o contexto sociocultural dos indivíduos, seus valores, crenças, conhecimentos e comportamentos individuais e sociais. Na atualidade, a causalidade do câncer não é vista apenas como fator biológico, mas também social e psicológico, pois a maioria de suas causas tem relação com fatores externos. A prática de autocuidado na prevenção do câncer destaca o conhecimento, a atitude e a importância da prática e do conhecimento do próprio corpo (Souza; Santos; Silva, 2015).

Na amostra feminina entrevistada, constatou-se o conhecimento deficiente sobre a função do exame preventivo, uma vez que muitas delas associam à prevenção de IST's e doenças do órgão genital, sem saber especificamente qual doença que o exame objetiva prevenir ou detectar precocemente. No entanto, esse conhecimento deficiente foi capaz de produzir nelas a valorização do procedimento.

É através dele [exame preventivo] que a gente vai saber se vai ter algumas doenças, algum câncer, alguma coisa, até AIDS, aquele que faz no dedo [teste rápido para IST] e, às vezes, não dá [positivo], mas no preventivo vê tudo (M-3).

Tratar das doenças, essas coisas. Se a gente estiver sempre com o preventivo em dia, para detectar essas coisas, antes do problema agravar. Isso é uma coisa que eu sei, mas não faço. A vida é corrida, então vou deixando. (M-11).

Eu acho que é necessário para nossa saúde, para sabermos se estamos com câncer ou alguma doença mais grave (M- 19)

O fortalecimento do conhecimento da população feminina na prevenção do CCU é uma estratégia importante para prevenção, uma vez que as ações de controle dessa doença dependem de medidas de educação em saúde da mulher, como promoção e prevenção, possibilitando fortalecer a busca pelo serviço e motivar o seu acesso aos cuidados de saúde.

Santos, Holanda e Silva (2015) verificaram que o conhecimento sobre o exame Papanicolau foi satisfatório entre as mulheres. Todavia, identificaram que o reconhecimento da importância do exame não foi fator primordial ou decisivo para que elas se submetessem a esse procedimento. Portanto, a convicção pessoal e a vontade interior têm de se sobrepor à insegurança e ao bloqueio ao exame.

Nessa direção, quando a mulher tem informação e conhecimento sobre o exame preventivo, torna-se possível praticar o autocuidado e a aproximação dela com o serviço de saúde, pois a falta de informação e o comportamento contrário, constitui-se como barreira de medidas preventivas. A falta de conhecimento sobre a finalidade do preventivo e a desinformação sobre o CCU geram desinteresse e despreocupação pela sua prevenção. Contrariamente, a mulher quando possui conhecimento adequado viabiliza o autocuidado e a sua aproximação do sistema de saúde (Silva *et al.*, 2021; 2023).

Também foi evidenciado que as mulheres valorizam o exame preventivo pelas experiências negativas de adoecimento vivenciadas junto à familiares.

Porque a gente previne as doenças. Eu tenho até o exemplo dentro de casa. Minha mãe tem 3 anos sem fazer. Agora ela está com um negócio ali e o preventivo identifica se está com algum problema para se tratar (M-14).

Eu já corro, porque, como eu te falei, já tive experiência de perder duas pessoas importantes para o câncer. Então, eu vivi de perto e vi como essa doença é agressiva. Eu não desejo isso para ninguém. Não quero para mim, não quero para ela [atual esposa], o que posso fazer por mim eu faço, mas, por ela, ela que tem que fazer. Q gente fala, mas faz [o exame preventivo] se quiser. (M-17)

Esses depoimentos revelam que há mulheres que conhecem pessoas próximas do seu convívio que desenvolveram a doença e que não tiveram oportunidades de adotar medidas preventivas, gerando nelas o medo e a preocupação de adoecerem. Essas vivências fizeram com que essas mulheres realizassem o preventivo por medo de desenvolverem a doença e não pelo conhecimento solidificado sobre a importância do exame. Esse achado foi reportado por Silva *et al.* (2010), ao identificarem a influência do medo de contrair o câncer cérvico-uterino na decisão de realizar o exame preventivo, fazendo com que as mulheres buscassem a unidade de saúde pelo temor e não pelo reconhecimento da importância do exame para prevenção da doença e promoção da saúde feminina.

Rico e Iriart (2013) relataram a valorização do exame de rotina Papanicolau pelas mulheres, mas sem a sustentação no conhecimento sobre a sua função para a saúde feminina. Segundo os autores, a maioria dos estudos correlaciona a informação sobre o exame preventivo com a sua realização, mas, em outras pesquisas, essa correlação é relativizada, denotando que o conhecimento não garante a realização do exame. A valorização do Papanicolau e do processo de rastreamento do CCU não deriva unicamente da informação, mas de valores morais associados à sexualidade e ao gênero que se relacionam com a percepção de risco. Portanto, o exame citopatológico do colo do útero envolve a feminilidade,

a responsabilidade e a maturidade, assim como o “o que é ser mulher”, devendo esses aspectos subjetivos e culturais valorizados pelos profissionais para efetividade do processo de rastreamento do CCU.

As experiências anteriores positivas apresentaram-se como benéficas para a percepção favorável sobre o exame e contribuinte para a adesão da mulher à prática preventiva, como pode ser percebido nas falas abaixo:

Todos os meus preventivos foram normais graças a Deus, pelo menos com quem eu faço. (M 19)

Todas as vezes que eu fiz [o exame preventivo] foi tranquilo para mim. (M 12)

Para Araújo *et al.* (2021), as condutas e práticas do profissional são influentes nas percepções das mulheres sobre o exame preventivo. A comunicação efetiva, o acolhimento, a paciência e a disposição para aproximar-se do universo da mulher podem favorecer a abstração dos sentimentos negativos sobre o exame. A desmistificação desse procedimento, como doloroso para um procedimento não invasivo, preventivo e sem conotação sexual, influencia na realização do exame preventivo e no processo de rastreamento do CCU, o que destaca o papel da enfermeira na abordagem acolhedora da mulher (Dias *et al.*, 2021).

De acordo com o modelo socioecológico da saúde, a percepção e a prevenção pela história familiar expressam a dimensão interpessoal e essa dimensão abarca a rede social do indivíduo, incluindo a família, e os demais atributos sociodemográficos e atitudinais que se enquadram no nível intrapessoal, isto é, as características do próprio indivíduo e seus conhecimentos, comportamentos e atitudes.

4.1.2. Percepções negativas do exame preventivo

As percepções das mulheres sobre o exame preventivo foram caracterizadas por sentimentos negativos em relação ao exame. Nos relatos abaixo foram evidenciados que o medo e a vergonha estão relacionados à posição ginecológica para execução do exame, à exposição de seu órgão genital e ao possível desconforto gerado, assim como pelo estigma do exame e pelas questões de gênero que permeiam a exposição do corpo da mulher.

Eu acho que as pessoas não fazem o preventivo por vergonha. A maioria é por vergonha mesmo, pois a maioria que eu converso não faz por vergonha, pois precisa ficar naquela posição de parto. (M-19)

É a vergonha, vergonha de estar pelada, de estar se expondo, com medo de doer. A pessoa fica muito tensa e acaba sendo um exame desconfortável. (M- 15)

Todo mundo fala que tem medo. A minha mãe mesmo fala que tem medo. (M-10)

As falas exibem sentimentos de medo e vergonha e esses sentimentos estão presentes quando o tema é o exame ginecológico preventivo. O medo não foi expresso apenas pelas participantes do estudo, mas compartilhado pelas suas amigas e familiares. A representação simbólica e coletiva de medo e vergonha corrobora para a percepção negativa do exame e constitui-se numa barreira para o comportamento preventivo e para a adesão das mulheres ao procedimento, comprometendo a efetividade das ações programáticas de prevenção e controle do CCU. Assim sendo, os depoimentos demonstram que as mulheres sentem os seus corpos invadidos durante o procedimento, causando-lhes sentimentos de vergonha, constrangimento e desconforto ao realizá-lo.

Por outro lado, há mulheres que têm baixa autonomia sobre os seus desejos, sobretudo acerca do domínio do seu corpo. No entanto, como manifestado nas falas, elas entendem que a posição ginecológica é constrangedora, mas é indispensável para que o exame seja realizado. A necessidade de colocar-se nessa posição, juntamente com as indicações programáticas e médicas para a realização do exame, faz com que elas se rendam a esse momento de invasão de seu corpo em prol da prevenção do CCU e promoção da saúde.

O CCU é uma doença que atinge um órgão com representação simbólica significativa, pois remete à sexualidade, à feminilidade e à reprodução. Portanto, a exposição e a manipulação dessa parte do corpo pelo profissional podem provocar sentimentos de constrangimento e vergonha, consequentes da associação das partes íntimas com a sexualidade. Assim sendo, na atualidade, as mulheres ainda sentem vergonha, medo e preocupação com o exame preventivo, mesmo tendo conhecimento de sua importância, pois decorrem de uma visão construída historicamente e muitas delas nem se dão conta desse processo, apenas repassam a cada geração, sendo algo intrínseco e que precisa ser desconstruído com orientação.

Gurgel *et al.* (2019) reportam que, nas mulheres na faixa etária de 40 a 65 anos e com baixa escolaridade, o medo e a vergonha são o que mais as impedem de realizar o exame

preventivo, pela exposição dos seus corpos e pela vulnerabilidade sentida durante o toque do profissional nas suas partes íntimas, gerando constrangimento e sensação de invasão.

Corroborando, o preventivo foi associado a desconforto físico, que está relacionada à maneira que o profissional realiza o toque vaginal. Além disso, os sentidos como a dor, a vergonha e o medo fazem parte da percepção das mulheres ao realizarem o exame preventivo, sinalizando a influência dos aspectos físicos e morais na prática preventiva do CCU. A dor é vivenciada como uma realidade simbólica e qualificada pelos marcadores sociais, como classe social, gênero e etnia, podendo haver maior ou menor tolerância à dor, conforme aquilo que o sujeito esteja esperando (Santos; Gomes, 2022; Campos; Castro; Cavalieri, 2020).

Além disso, a falta de domínio do seu próprio corpo pela mulher e de postura de impessoalidade durante a execução do procedimento pelo profissional deve ser problematizada e discutida com referência à medicalização. Para Rico e Iriart (2013), a medicalização caracteriza-se tanto como fonte de opressão quanto como meio para aderência às normas da saúde pública. No entanto, o rastreamento deve possibilitar à mulher controlar seu corpo por meio da ampla difusão de informações sobre a finalidade do Papanicolau e de outras intervenções biomédicas necessárias à prevenção e ao tratamento do câncer do CCU, fazendo um balanço entre autonomia e sujeição.

Contudo, quando a mulher realiza o exame preventivo e tem contato com o serviço de saúde, ela mantém relação direta com o modelo biomédico, passando a viver o processo de medicalização de seu corpo. A literatura demonstra que o corpo da mulher passou a ser objeto das intervenções do saber médico, sobretudo a partir do século XIX. A medicina vai produzindo conhecimento sobre o corpo da mulher com base na sua natureza biológica, passando a apropriar-se do corpo da mulher (Campos; Castro; Cavalieri, 2020).

Nesse sentido, Santos e Gomes (2022) identificaram a associação do exame preventivo às questões sexuais, sendo essas relacionadas à necessidade de exposição dos órgãos genitais e à falta de conhecimento do próprio corpo, o que ocasionou sentimentos de vergonha e constrangimento, além da insegurança e do medo, que são vivenciados de maneiras diferentes por cada mulher. Isso mostra o quanto à sexualidade é influente na vida e saúde femininas (Santos; Gomes, 2022). Além disso, o desconforto, o constrangimento e a vergonha pela exposição do corpo e pela relação com a sexualidade estão diretamente associados com a impessoalidade demonstrada pelo profissional durante o procedimento (Santos; Holanda; Silva, 2015).

Campos, Castro e Cavalieri (2020) relatam como as relações de gênero são complexas e influentes na prevenção do CCU. O gênero é um conceito social e historicamente construído, definido pelas relações assimétricas entre homens e mulheres, particularmente relacionadas ao corpo e à sexualidade. Em razão disso, a exposição da genitália feminina é causa de vergonha e constrangimento, pois caracteriza-se como ações moralmente incorretas. O uso do corpo é aprendido social e historicamente a partir da educação, sendo transmitido de geração para geração. O corpo feminino está cheio de significados sociais e culturais. Portanto, as experiências corporais vivenciadas pelas mulheres estão relacionadas às crenças e aos valores do contexto envolvido de cada mulher.

Historicamente, as mulheres passaram por um movimento de luta, transformações e conquistas em busca de sua liberdade pessoal e profissional, e o significado do seu corpo acompanhou esse processo de transformação. No modelo patriarcal, a mulher não tinha liberdade sexual e profissional, portanto, sua luta não se restringia ao requerimento de direitos iguais, mas englobava também a libertação do seu corpo e desejos. Por mais que as mulheres venham lutando pela igualdade de gênero na atualidade e já tenham alcançado certos espaços na sociedade, a igualdade desejada ainda encontra-se em processo de evolução, pois há mulheres que seguem carregando o preconceito e a necessidade de manter uma imagem construída pela cultura machista (Dias *et al.*, 2021).

A tentativa de desmonte de modelo patriarcal deixou sequelas no padrão de comportamento, o que leva a reações de retração, mesmo que inconscientes. Por exemplo, a exposição de sua genitália soa muito invasivo, mesmo que para um profissional de saúde, tornando constrangedor o procedimento. Portanto, essas questões de gênero geram na mulher medo e vergonha de expor-se. (Dias *et al.*, 2021)

A percepção de medo relaciona-se à realização do procedimento, mas também associa-se ao receio de manifestar a doença, como identificado nas falas abaixo. O receio de ser diagnosticada com o CCU emergiu nos depoimentos através da ocultação da palavra “câncer” e camuflado pelas palavras “essa doença” e “probleminhas”.

Eu acho que o preventivo é bom, pois eu tenho uma certa preocupação [com a doenças]. Enquanto todo mundo tem medo, eu tenho preocupação com essa doença. (M-10)

Eu tenho “neura” com essas coisas [adquirir doenças], justamente para não ter esses probleminhas...porque eu fico muito preocupada com isso, porque é uma coisa interna. Você não tem controle. Quando vê, já aparece [câncer]. Eu acho muito importante [realizar o exame preventivo]. (M-15)

Outras pessoas não fazem o exame por medo de descobrirem alguma doença. Minha esposa mesmo fala que tem medo, prefere deixar quieto. O que não é visto não é mencionado. (M-17)

Esses sentimentos mencionados vêm carregados de estigmas em relação ao CCU, causados pela capacidade dessa doença comprometer a vida em caso extremos e, conforme suas crenças e vivências anteriores, pelo preconceito decorrente do diagnóstico de doença sexualmente transmissível e dos tabus consequentes à manipulação dos seus órgãos genitais femininos durante o exame ginecológico preventivo, sendo esses órgãos permeados de erotismo e conotação sexual. A identificação de como as mulheres percebem o exame Papanicolau e os sentidos que atribuem ao exame, a partir das próprias experiências, pode contribuir para a compreensão de suas dificuldades em realizar o preventivo, uma vez que a ausência destas no serviço de saúde pode estar associada ao modo de como elas percebem esse exame de citologia oncótica do colo do útero.

Nessa perspectiva, o medo do exame preventivo decorre por diversos motivos, como os mencionados acima, mas também pelo receio do diagnóstico da doença. Para algumas mulheres, submeter-se à realização do exame Papanicolau gera uma expectativa provocada de sentimentos negativos sobre o resultado (Gurgel *et al.*, 2019). As mulheres sabem que o câncer começa com uma pequena lesão e, quando não tratada precocemente, pode ocasionar o óbito. Esse temor impulsiona as mulheres a se submeterem à realização do exame, demonstrando que essa representação evidencia o conhecimento reificado sobre o CCU e sua conversão em conhecimento consensual (Silva *et al.*, 2021).

O comportamento de saúde das pessoas é complexo, pois depende da opinião, crenças, atitudes e valores de cada indivíduo sobre a saúde. Neste contexto, o câncer está no imaginário social como uma doença incurável e que se manifesta comumente como uma sentença de morte. Por isso, o medo demonstrado pelas mulheres de serem acometidas pelo CCU faz com que elas se submetam ao exame não pelo entendimento de sua importância, mas pelo medo da doença. (Silva *et al.*, 2021). Logo, as representações sociais existem dentro de um pensamento preexistente e estão atreladas a crenças, valores, tradições e imagem do mundo social.

Corroborando esse achado, Santos e Gomes (2022) afirmam que o exame citopatológico do colo uterino ocasiona sentimentos de ansiedade e medo nas mulheres diante da possibilidade do diagnóstico da doença. O medo decorreu também dos instrumentos utilizados durante o exame ginecológico, como o espécuro e o foco luminoso, juntamente do toque do profissional, causando desconforto físico, vergonha e medo. Portanto, um dos fatores

que podem contribuir para adesão do preventivo é possibilitar o conforto e orientação à mulher. (Santos; Gomes, 2022).

Por outro lado, Cerqueira *et al.* (2022) reportam que o CCU ainda é um problema persistente em todos os países da América do Sul. A vergonha e o tabu relatados pelas usuárias influenciam diretamente na adesão ao rastreamento do CCU. A valorização das experiências interculturais, por razões simbólicas e culturais, pode ser uma estratégia potencial para superar iniquidades no controle do CCU.

Portanto, as percepções negativas identificadas, como medo do exame preventivo e de receber o diagnóstico positivo para o CCU, o desconforto causado pelo procedimento e sentimentos e a vergonha ao expor seu corpo para realização do exame preventivo, são o que gera nas mulheres sentimentos negativos que evidenciam o corpo como uma construção simbólica que desencadeia o distanciamento das práticas preventivas. Essas percepções estão inseridas no nível intrapessoal do modelo socioecológico da saúde, como pode ser observado na figura 3.

4.2 Fatores relacionados ao processo de rastreamento do Câncer de Colo do Útero

Esta categoria temática retrata os fatores limitadores do rastreamento do CCU enfrentado pelas mulheres em vulnerabilidades sociais e os facilitadores desse processo, que são favoráveis no processo de prevenção do CCU.

As limitações enfrentadas pelas mulheres no rastreamento do CCU emergiram com maior magnitude do que os fatores facilitadores manifestos nas percepções dos participantes. No entanto, as potencialidades nesse processo também foram identificadas e sugerem avanços nas ações de prevenção do CCU na atenção primária.

4.2.1 Fatores limitadores do processo de rastreamento

Neste estudo, foram identificados fatores limitadores nas dimensões de estrutura e de processo, o que, conseqüentemente, gera um resultado desfavorável, visto que a estrutura

apoia a execução do processo gerador do resultado. A estrutura comprometida decorre de inadequações nas condições físicas e organizacionais do local onde o cuidado é oferecido, no quantitativo dos profissionais de saúde necessários e dos equipamentos disponíveis. Portanto, identificaram-se fatores limitantes que constituíram o subtema “Estrutura organizacional inadequada”. Esse subtema engloba os seguintes códigos: Falta de recursos humanos, Necessidade da ampliação da área adstrita e Insatisfação com a estrutura física.

As mulheres entrevistadas expressaram que existem poucos profissionais para o quantitativo de usuárias cadastradas e que necessitam realizar o exame o preventivo, sendo esse fator contribuinte para a dificuldade no acesso ao processo de rastreamento do CCU, como comprovado através das falas abaixo:

Eu acho que tem estrutura, só não tem o povo para trabalhar, para te dar o conhecimento que você precisa para estar fazendo [o exame preventivo] (M-1).

Não tem tanta disponibilidade de clínica para estar fazendo o exame, numa terça-feira isso aqui enche, pois tem muitas mulheres e poucos profissionais (M-4).

Eu acho que são poucos médicos para muitos pacientes. Vocês precisam dar conta de muitos pacientes, às vezes, é pouco [profissional] (M-14).

A partir dos achados, pode-se avaliar o processo de rastreamento do CCU como adequado ou inadequado na prevenção do câncer estudado. Um importante indicador nesta avaliação é a qualidade do serviço prestado para esta população, que vai estar diretamente ligada à sua conduta preventiva. Portanto, as percepções que as usuárias têm do serviço e do modelo de atenção à saúde vigente são atributos importantes para se avaliar a qualidade do serviço e compreender as causas que dificultam ou facilitam o processo de prevenção do CCU, uma vez que existe um modelo de Programa de Prevenção do CCU implementado e em curso na atenção primária, em âmbito local e nacional.

É importante destacar que, quando as mulheres relatam que há falta de profissional, não necessariamente faz-se alusão à ausência de profissionais, mas, em realidade, alude-se ao subdimensionamento do pessoal em referência ao aumento da população adscrita ao cenário da pesquisa, assim como a possibilidade de redução de custo com o pessoal contratado para exercer os cuidados.

A qualidade da Estratégia Saúde da Família não pode ser considerada como opcional aos serviços e sim um requisito fundamental, e, mais importante ainda, um compromisso social e ético. Portanto, a gestão de qualidade faz parte da administração pública, mas ela tem se inserido de maneira discreta no setor público em comparação a outros setores considerados

mais produtivos, pois a prestação de serviços no setor público mantém em foco a própria existência, deixando a qualidade em segundo plano. Os serviços de saúde ainda não fizeram a gestão de qualidade uma realidade (Righi; Schmidt; Venturini, 2010).

O histórico do sistema de saúde no Brasil foi outrora baseado na centralização federal, desigualdade de acesso, divisão entre ações de prevenção e reabilitação e práticas dissociadas do contexto de vida do sujeito. No entanto, em 1994, o Governo Federal lançou o PSF como estratégia de superar esse modelo e com intento de melhoria do acesso e qualidade do cuidado primário à população. Esse Programa visou à mudança na forma de cuidar através do enfoque das ações no indivíduo, pois as necessidades e expectativas dos usuários determinam a qualidade do serviço (Righi; Schmidt; Vnturini, 2010).

A avaliação da qualidade de saúde serve para subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas de saúde e ao estabelecimento de Políticas Públicas. Assim sendo, Margareth Portela (2000) cita a definição de qualidade proposta pelo médico e pesquisador americano Avedis Donabedian, na qual tal conceito abarca três dimensões: estrutura, processo e resultado. O componente “estrutura” abrange os recursos humanos, físicos e financeiros; o de “processo” contempla as atividades que constituem à atenção em saúde e envolve interação profissional e população; e por fim, o componente “resultado” diz respeito às mudanças de saúde da população. Posteriormente, esses princípios foram ampliados e foram chamados de sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A literatura aponta que um dos fatores limitadores de acesso, relativos à gestão pública e aos profissionais de saúde, no que tange a prevenção, é a escassez de médicos (Lopes; Ribeiro, 2019). Nesse sentido, Silva e Couto (2022) apresentam que a falta de disponibilidade de profissionais de saúde que prestam cuidado contínuo e de alta qualidade é um grande desafio encontrado pelas mulheres na busca do rastreamento do CCU.

Corroborando, Anjos *et al.* (2022) relatam que a disponibilidade e a distribuição de profissionais mostram-se desiguais em todo o mundo, fazendo com que o fortalecimento da força de trabalho seja fundamental para transformação dos modelos de atenção. No entanto, o estudo desses autores, desenvolvido em unidades básicas de saúde e com referência à qualidade das ações desenvolvidas para controle do câncer cervicouterino e à organização da APS em 19 municípios do estado da Bahia, identificou que grande parte dos profissionais relatou estar com equipe completa (94,6%).

Em âmbito nacional, o número de equipes da Estratégia da Saúde da Família aumentou entre os anos de 1998 e 2017, contribuindo para a ampliação do acesso à APS no Brasil. Contudo, verificou-se a valorização das equipes vinculadas ao modelo tradicional de atenção primária em detrimento das equipes da ESF na Política Nacional de Atenção Básica de 2017, o que desestimulou os gestores municipais a impulsionarem a ESF e prejudicou o avanço desse modelo de atenção. No Rio de Janeiro, o número de equipes da ESF estava em crescimento desde 2010, mas houve o decréscimo de 1.180 equipes, em 2017, para 789 equipes em 2020, sinalizando que a percepção das mulheres vem ao encontro desses dados objetivos (Carmo; Silva; Campos, 2023).

Considerando a APS e Estratégia Saúde da Família, cabe destacar que a enfermeira exerce uma função importante na saúde da mulher, tendo competência técnica e teórica para realizar a consulta ginecológica de enfermagem e exame citopatológico do colo uterino. O trabalho da enfermagem nas UBS, particularmente da enfermeira na consulta de enfermagem à mulher, tem por objetivo atender integralmente as fases do ciclo de vida feminina, privilegiando o acolhimento. O MS indica que a prevenção do CCU é uma prática do profissional enfermeiro, cabendo-lhe realizar: consulta de enfermagem; ações educativas; o exame preventivo e clínico das mamas; solicitação de exames complementares e prescrição de medicações, mediante protocolos ou normativas técnicas estabelecidas, observando disposições legais da profissão (Alencar *et al.*, 2019).

A atuação dos profissionais na APS do Brasil vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde do SUS, respondendo à proposta do novo modelo assistencial, com ênfase na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida. (Alvarenga; Sousa, 2022).

Apesar dessas premissas programáticas, verifica-se a falta de reconhecimento da identidade da enfermeira pela população, sendo essa profissional confundida com o médico ou técnico de enfermagem. Além disso, os usuários tendem a não saber quais as atividades são desenvolvidas por essas profissionais, desconhecendo a consulta de enfermagem e fazendo com que o seu trabalho tenha pouco destaque dentro da equipe. A assistência das enfermeiras ainda reitera a lógica da prática clínica, individual e curativa, sendo entendida como forma de aliviar a agenda médica. Esse cenário resulta da predominância do modelo curativo e requer mudança na cultura assistencial e dos valores enraizados (Santos; Ribeiro, 2010).

Corroborando, Lima *et al.* (2023) afirmam que há deficiência na credibilidade da assistência da enfermeira na consulta de enfermagem e na coleta do exame Papanicolau, fazendo com que as mulheres tenham predileção à consulta médica, considerando que essa profissional não tem competência técnica para realizar a condução da consulta e realização do procedimento, expressando desconhecimento de sua importância. As mulheres destacam seu conhecimento da enfermeira, mas negam suas habilidades para realizar exames (LIMA *et al.*, 2023).

Sabe-se que os médicos e as enfermeiras estão habilitados para o rastreamento do CCU e o papel desses profissionais na prevenção e controle dessa doença está fartamente documentado nos programas de saúde do SUS. No entanto, no âmbito da APS, as enfermeiras estão mais envolvidas na captação e no rastreamento de mulheres (Anjos *et al.*, 2022). Assim sendo, reconhecer o compartilhamento de saberes interprofissionais e a prática colaborativa nas ações assistenciais é uma estratégia profícua para lidar com divergências históricas e estruturais, bem como configura-se como um fator imprescindível para ampliar o acesso das mulheres às consultas clínicas e aos cuidados nos serviços de saúde reprodutiva e de atenção primária (Rodrigues *et al.*, 2023).

Santos, Ramos e Migowski (2019) identificaram como barreira de acesso a impossibilidade de o técnico de enfermagem realizar a coleta do exame citopatológico do colo do útero. No SUS, alguns profissionais de saúde com formação superior estão autorizados a realizar esse procedimento e, de acordo com o INCA, a inclusão e a capacitação desse profissional técnico podem ser uma estratégia profícua para ampliar a oferta do exame, mas a resolução do Conselho Federal de Enfermagem restringe esse procedimento à enfermeira por envolver a aplicação de conhecimentos de base científica e a capacidade de tomar decisões imediatas, inviabilizando essa estratégia alternativa em locais com recursos humanos escassos no país.

O quantitativo de pessoal inadequado prejudica o acesso aos serviços e causa insatisfação e frustração na população, como manifestaram as participantes. A dificuldade de fixação de profissionais na ESF é mencionada como um problema na manutenção da assistência, especialmente em municípios rurais e de difícil acesso. Nesses casos, as dificuldades de atração e fixação de profissionais são maiores, especialmente dos médicos, o que dificulta a longitudinalidade do cuidado e da criação de vínculo, causando disparidade no acesso aos serviços (Maia; Silva; Santos, 2018; Anjos *et al.*, 2022).

Considerando a insatisfação com a estrutura física do serviço, os sentidos e significados relacionados foram menos pronunciados nas percepções das participantes. No entanto, houve mulheres que relataram a necessidade de que o serviço tenha melhorias em espaços físicos, exigindo manutenção e obras. Ainda assim, observa-se que o estado dessa estrutura física não chega a interferir na realização do exame na visão das entrevistadas.

Além da deficiência nas condições da estrutura física do serviço, houve depoimentos que manifestaram a necessidade de ampliação da área adstrita, ao fazer referência ao modelo antigo de APS e a quando a população era atendida em posto de saúde e não havia uma área adstrita condicionante ao atendimento. Na atualidade, a política pública estabeleceu um novo modelo de APS e, com a implantação da ESF, fez com que a população estivesse vinculada a uma unidade de saúde. Na perspectiva das participantes, essa nova configuração do serviço dificulta o acesso ao exame de rastreamento.

A estrutura da unidade precisa ser bem melhor... Porque, na clínica da família, só pode vir aqui. Quando éramos atendidos no posto de saúde, a coisa era diferente.
(M-9)

Eu acho que a unidade precisa um pouco mais de obra, mas não interfere na coleta.
(M-8)

Sobre os relatos acima, Fernandes *et al.* (2019) apresentam estudo censitário de todas as unidades de saúde do Brasil, nas quais apenas metade das unidades de APS apresentavam estrutura física adequada para realização do Papanicolau. Semelhantemente, um estudo realizado em diferentes regiões na Bahia constatou também a inadequação da infraestrutura de diversas unidades de saúde (Anjos *et al.*, 2022).

Por outro lado, o processo de trabalho das equipes que atuam na ESF pressupõe a definição de seu território de atuação e da população a ser cuidada. O acesso das pessoas aos serviços de saúde pode ser facilitado ou dificultado pelas características organizacionais, geográficas, econômicas e culturais, como manifestaram as participantes. Sob o ponto de vista de acessibilidade geográfica aos serviços de saúde, pode-se afirmar que a distância ampliada entre os locais de oferta da atenção da moradia da população é uma barreira de acesso ao atendimento.

A fala da entrevistada M-9 retrata de forma negativa o olhar sobre a territorialização, visto que a participante só tem acesso a uma clínica da família e, quando não consegue acesso no seu território, não tem mais outro local onde recorrer. Outro ponto a ser considerado é a distância de sua residência à UBS em referência à extensão do território, como no presente

estudo, o que dificulta o acesso à unidade e a existência de unidades mais próximas de certas áreas do território, não contemplando todas as áreas de abrangência.

Conforme a PNAB, a APS é a principal porta de entrada do sistema de saúde e está ancorada no conceito de territorialização, na conformação de população adstrita, sendo esses componentes necessários para o planejamento ascendente, programação descentralizada e ações setoriais e intersetoriais. A APS está avançando no Brasil e a ESF é o arranjo estrutural mais observado. No que tange ao dimensionamento da população adscrita em cada território, estabeleceram-se parâmetros por equipe de APS e de saúde da família entre 2.000 e 3.500 pessoas por microárea. Esse quantitativo foi objeto de revisão, na Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, sendo ampliado para 4.000 pessoas para cada equipe (Morais *et al.*, 2022).

Para Calistro *et al.* (2021), o processo de territorialização possibilita conhecer as singularidades da vida social e as necessidades em saúde da população através do cadastramento familiar e da geografia da área, organizando as ações de promoção e prevenção em saúde. Em contraposição, países europeus com sistemas universais e APS como porta de entrada obrigatória, a inscrição nos serviços é efetuada por iniciativa do cidadão de forma que este disfruta de certa liberdade de escolha e da possibilidade posterior de troca entre profissionais ou serviços atuantes em determinado espaço geográfico (Fernandes *et al.*, 2019).

Além desses atributos organizacionais da rede de atenção primária, emergiu a deficiência de insumos necessários para coleta do citopatológico do colo do útero entre as percepções das mulheres entrevistadas. Essa deficiência também foi mencionada por profissionais entrevistados por Ferreira *et al.* (2022), cujos entrevistados destacaram a falta de material específico para coleta do exame preventivo em alguns serviços da ESF em Minas Gerais. O direcionamento adequado da infraestrutura possibilita melhorias significativas na triagem, especialmente em países vulneráveis. Em países da África, há deficiência na infraestrutura do serviço, com espaço limitado e falta de pessoal e espaços comuns adequados. Portanto, a falta da infraestrutura do serviço prejudica o processo de rastreamento do CCU (Bogdanova; Andrawos; Constantinou, 2022).

A realidade da infraestrutura limitada das unidades públicas, juntamente com a postura inadequada dos profissionais de saúde, pode explicar em parte as desistências de procurar os serviços da atenção primária pelas mulheres para o rastreamento do CCU. (Lopes *et al.*, 2021). A estrutura e o modelo assistencial de saúde dependem não apenas de como os serviços são alocados, mas também de como são organizadas territorialmente suas ações, sobretudo as ações de prevenção e promoção, sendo necessário mais do que apenas delimitar

territórios para os serviços, devendo haver uma relação de vinculação e pertencimento entre a população e os serviços (Faria, 2020)

Ademais, ACS e enfermeiros relataram a objeção de parte das mulheres em serem examinadas por profissionais que residiam na própria comunidade (relação de proximidade) ou em razão do gênero do profissional, desafiando a adstrição compulsória, ou seja, o cadastramento da população de determinada área geográfica a uma equipe e sem opção de escolha do profissional que a acompanhará em todos os seus ciclos de vida. Tal perspectiva sobrepõe barreiras comuns às dimensões organizativas, técnica e simbólica do acesso, além de expor as linhas de tensão no processo de acolhimento (Fernandes *et al.*, 2019).

Entre as barreiras vivenciadas pelas mulheres entrevistadas no acesso ao preventivo, emergiram aquelas vinculadas à dimensão do processo. Geralmente, os estudos mais abrangentes sobre o acesso ao serviço de saúde atêm-se ao processo que se inicia com o desejo do usuário em obter cuidado de saúde e continua com a procura por atendimento, entrada no serviço, continuidade da assistência e alcance dos resultados. Ademais, as barreiras de acesso são as geográficas, financeiras, organizacionais e de informação (Lopes; Ribeiro, 2019).

Entre os fatores limitantes na prevenção e controle do CCU, estão a dificuldade de acessar o SUS para o diagnóstico, dificuldade de transporte, percurso longo até o serviço, demanda de atendimento reprimida e dificuldade de acesso ao exame de rastreamento e ao resultado. Algumas mulheres expressaram a necessidade de utilizar a rede privada, decorrente das dificuldades enfrentadas para acessar a rede pública.

A não ser que você queira fazer no particular, para você ter o [exame] preventivo. Aí, vem aqui [UBS], pega o pedido e você consegue fazer [o exame] de 2 em 2 anos. Fora a isso, não consegue não. (M-9)

Da última vez, não fiz aqui não, porque demora muito. Eu paguei. (M-13)

Eu faço preventivo onde eu tive minha filha. No caso, faço no particular porque já estou acostumada a fazer lá mesmo. (M-14)

Azevedo e Silva *et al.* (2023) analisaram os dados sobre o controle do CCU no Brasil de 2013 a 2019. Os autores reportaram que a chance de realizar o exame de rastreamento é maior entre brancas, entre as que relatam ter 11 anos ou mais de estudo, sendo que três vezes maior essa chance entre aquelas com plano de saúde privado. Diante das dificuldades enfrentadas, há mulheres que procuram o setor privado e recorrem ao médico de tal rede

(Rico; Iriart, 2013), mas o SUS mantém-se como o principal responsável pelo rastreamento do CCU no país.

Os inquéritos populacionais questionaram às mulheres de 25 a 64 anos sobre a realização do exame de Papanicolau nos últimos três anos, sendo identificado um aumento desse indicador, de 78,7% em 2013 para 81,3% no ano de 2019. Porém, esse percentual ainda é inferior à meta de 85% de cobertura do rastreamento do CCU e aos indicadores de outros países latino-americanos, como o Chile. Observou-se também uma maior proporção de mulheres que pagaram pelo exame preventivo em 2019. Entre aquelas que não possuíam plano de saúde, a variação foi de 12,8% em 2013 para 18,4% em 2019, enquanto, entre aquelas que referiram ter plano de saúde, a variação foi de 1,2% em 2013 para 3,4% em 2019. Destaca-se a redução do percentual de mulheres beneficiárias de planos de saúde nos inquéritos analisados, de 26,1% em 2013 para 22,7% em 2019 (Azevedo e Silva *et al.*, 2023).

Essa tendência de uma parcela de mulheres optar pelo custeio próprio do exame preventivo foi observada entre as participantes do presente estudo, apesar de serem mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família e, portanto, com perfil de baixa renda. Esse achado sugere que a opção pelo pagamento do exame preventivo pode decorrer da demora e das dificuldades enfrentadas no acesso a rede pública, assim como induzidas pelo conhecimento deficiente sobre a periodicidade preconizada para o rastreamento do CCU, devendo ser melhor investigadas as causas e motivações dessa opção.

As dificuldades com o transporte e de percurso também foram identificadas, devido à distância do território até a unidade de saúde, como exibem os depoimentos a seguir:

Dificuldade só de transporte mesmo, pois o público é horrível, porque agora a gente precisa ir lá para o Pedro II (escola) para pegar o transporte, se quiser vir para o posto. (M-14)

O transporte tem que ser de Uber ou a pé, pois é contramão, mas dá para vir, não tem tanto problema, não acho que seja tanta dificuldade. (M-16)

É longe! E agora eu tenho a criança pequenininha. (M-10)

Como mencionado anteriormente, o território da unidade estudada é muito extenso e está situado numa região periférica do município, distanciada da região central e dos bairros economicamente mais favorecidos. Ademais, a população mais vulnerável reside na extremidade do território e mais distanciado do serviço de saúde, dificultando o percurso das usuárias até a UBS. Além disso, o transporte público local é deficitário, o que gera mais desafios na busca por assistência.

A dificuldade de deslocamento das usuárias até a unidade de saúde foi reportada por Fernandes *et al.* (2019), sendo a barreira de acesso mais observada na zona rural, como o deslocamento a pé por falta de transporte público. Semelhantemente, na região rural de países de alta renda ocorrem também dificuldades de acesso de transporte.

Silva, Marques e Costa (2021) identificaram que 9,5% das mulheres estudadas tiveram como maior barreira de acesso a distância até a unidade de saúde. As mulheres de baixa renda enfrentam diversos desafios relacionados com a geografia e os custos do acesso aos cuidados de saúde, dificultando o seu rastreamento. O posto de saúde pode estar longe de suas casas e elas têm que caminhar longa distância e, às vezes, em condições físicas desafiadoras (Darj; Chalise; Shakya, 2019; Silva; Couto, 2022).

Dias *et al.* (2021) acrescentam que as dificuldades de acesso encontradas pelos usuários do serviço contribuem para falta de assistência a essa população. Dessa forma, a oferta de serviço de saúde deveria ser descentralizada, levando-se em consideração os aspectos geográficos, uma vez que seu acesso ao serviço sofre influência de características do próprio serviço e de atributos econômicos e sociais dos sujeitos.

Ainda com referência ao acesso prejudicado pelas limitações de locomoção, duas entrevistadas expuseram as dificuldades de acesso das usuárias com limitações físicas no deslocamento até a unidade de saúde.

Há dificuldades, até mesmo de mulheres que não têm como se locomover para vir fazer [o exame preventivo], aí fica difícil. Não é só a gente. Eu posso descer a rua e vir fazer, mas tem muita gente que está lá em cima onde eu moro e não tem condições de vir fazer. É muito difícil. (M-9)

A minha dificuldade agora é com a minha perna, pois eu tenho que vir andando e não tenho dinheiro para o Uber, mas eu chego aqui e sou atendida direitinho. (M-12)

Apesar dos avanços no processo de rastreamento do CCU e da pesquisa ter sido desenvolvida numa região de preferência da segunda maior metrópole brasileira, permanecem dificuldades de acesso associado ao transporte e ao deslocamento das usuárias até a unidade de saúde, especialmente para a população de baixa renda e com limitações físicas.

Portanto, faz-se necessário repensar o cuidado e as práticas de saúde para reconhecer esses desafios vivenciados pela população de baixa renda do território e realizar acompanhamento domiciliar ou garantir o acesso qualificado e o cuidado integral à saúde, percebendo suas limitações das mulheres usuárias do serviço.

Devido à emergência sanitária da COVID-19 e suas consequências, houve aumento da abordagem sobre deficiência na saúde coletiva. As dificuldades cotidianas das pessoas com deficiência têm sido abordadas, principalmente à luz dos Determinantes Sociais da Saúde,

dando origem ao termo capacitismo. Esse termo remete a um ideal de capacidade funcional do indivíduo, isto é, no que as pessoas com deficiência podem ou são capazes de ser e fazer, produzindo barreiras que podem ser representadas pela demanda social mais primária dessa agenda: a acessibilidade (Dias; Moreira; Silva, 2023).

Nessa direção, Fernandes *et al.* (2019) revelaram entraves vivenciados pelas mulheres com alguma deficiência de ordem física, auditiva, visual ou mental. No acesso ao preventivo dessas mulheres, há barreiras arquitetônicas do serviço que limitam a mobilidade e comprometem a técnica profissional, fazendo com que elas busquem menos o rastreamento do CCU devido às dificuldades enfrentadas.

As barreiras de acessibilidade podem gerar descontentamento e indignação pela demora no atendimento ou no agendamento do exame, desestimulando as mulheres a procurarem os serviços de saúde e influenciando as próprias ações em relação à prática regular do preventivo (Santos; Gomes, 2022)

Diante das barreiras enfrentadas, uma parcela das participantes não havia realizado o exame de Papanicolau previamente e outras entrevistadas extrapolaram o tempo de realização do exame, apesar atenderem os critérios de indicação desse rastreio. Essas mulheres estavam com o rastreamento ausente ou em atraso e expostas ao risco da doença.

O preventivo é bom para saúde da mulher, para ver o que a mulher tem, mas, no geral, eu nunca fiz. (M-5)

Eu acho bom, porque eu tenho uma certa preocupação. Enquanto todo mundo fala que tem medo, a minha mãe mesmo tem medo de fazer, mas eu acredito que seja bom. Mas, eu não sei, pois eu nunca fiz. (M-10)

Fiquei um longo período sem fazer [preventivo], mesmo marcando. (M-4)

Eu já tenho cinco anos que não faço [preventivo]. (M-12)

Os achados demonstram que a mulher entende que o exame é benéfico para saúde, compreende sua importância, mas esse entendimento não é por si só suficiente para desenvolverem o comportamento preventivo e terem adesão às condutas preventivas periodicamente, denotando que há outros fatores determinantes nesse processo que precisam ser avaliados. Como foi mencionado acima, uma entrevistada marcou a consulta, mas não realizou o rastreamento. Essa deficiência sugere que o processo precisa ser discutido e organizado adequadamente para identificação e busca ativa das mulheres faltosas às consultas.

No Brasil, existe um quantitativo elevado de mulheres que nunca realizaram o exame de rastreamento do CCU. Estima-se que sejam mais de seis milhões de mulheres entre 35 e 49

anos. Preconiza-se que todas as mulheres com idade de 25 a 64 anos de idade e que já tiveram atividade sexual devem realizar o rastreamento. (Lopes *et al.*, 2021)

Os principais motivos relatados pelas mulheres que não realizaram o exame Papanicolau foram a falta de interesse, vergonha, falta de tempo, ausência de parceiro sexual, não gostar e sentir medo (Melo *et al.*, 2019). Além disso, Damiani *et al.* (2021) observaram que as mulheres nunca haviam feito o preventivo por questões associadas à gestão das instituições de saúde e, principalmente, a fatores socioeconômicos, visto que mulheres de baixo nível econômico e analfabetas dispõem de menos informações a respeito da prevenção do CCU. Esse perfil socioeconômico é correspondente às participantes do presente estudo, com exceção do educacional.

As barreiras identificadas no processo de rastreamento também foram relacionadas com disponibilidade de atendimento na rede de atenção primária, pois as usuárias citaram que existem poucas unidades de saúde em face da demanda das usuárias e da baixa oferta de vagas oferecidas para o rastreamento do CCU, gerando uma demanda reprimida e ocasionando dificuldades no agendamento para esse atendimento, como citado pelas entrevistadas abaixo:

Eu acho que não tem quantidade suficiente de clínicas, pois só tem essa daqui né. (M-11)

Hoje mesmo já perguntei no guichê, e ela me disse que não tem vaga, nunca tem, não consigo fazer. Acho difícil. É difícil agendar. Quando eu venho aqui nunca tem vaga ou a agenda não está aberta, dizem que não tem. (M-1)

A demanda é muito grande. São muitas pessoas que procuram a mesma coisa. Não tem como atender todo mundo o mesmo tempo. São milhares de pessoas que procuram a mesma coisa. (M-2)

Eu acho difícil para maioria. Eu não tenho dificuldade, mas a maioria que conversa comigo e acha difícil e reclama que nunca consegue. Elas [mulheres conhecidas] dizem que não conseguem vaga e não conseguem marcar. Elas vêm aqui para tentar marcar, não conseguem e assim ficam. (M-19)

A dificuldade no agendamento do rastreamento do CCU foi a queixa mais relatada pelas mulheres entrevistadas, gerando insatisfação tanto pela baixa oferta de vagas para o exame quanto pela quantidade insuficiente de unidades de saúde ou pela falta de profissionais para este atendimento. Todas essas situações denotam que há demanda reprimida para este cuidado preventivo, fazendo com que a população tenha o acesso prejudicado ao serviço e, possivelmente, contribuindo para o descrédito da capacidade da rede de atenção primária em responder adequadamente e prontamente às necessidades de saúde das usuárias, o que as

desmotiva a procurar o atendimento em tempo oportuno e fragiliza o comportamento preventivo.

Nessa perspectiva, o excesso de atendimentos por demanda espontânea e a oferta irregular do exame podem refletir o enfoque na queixa atual, causando deficiência do rastreamento precoce. Para modificação dessa fragilidade assistencial, faz-se necessário investir no conhecimento da população adscrita à UBS para garantir a integralidade da assistência e na busca ativa de mulheres elegíveis para realização do citopatológico do colo uterino (Holanda *et al.*, 2021).

Considerando as dificuldades referidas, é importante lembrar que, nos últimos anos, houve um processo de desmonte das políticas de saúde pública e a diminuição da cobertura populacional pela Atenção Primária à Saúde, inclusive no município do Rio de Janeiro. Na dimensão recursos humanos, observou-se a redução sistemática do número de médicos, ACS e demais profissionais, traduzindo-se na diminuição das equipes de saúde da família. As ameaças de corte de equipes iniciaram-se em 2018 e causaram a insegurança para os gerentes dos serviços e prejuízos nos resultados de saúde e indicadores de desempenho (Carmo; Silva; Campos, 2023; O' Dwyer *et al.*, 2019).

Cabe ressaltar que este contexto de adverso na saúde pública associou-se à crise sanitária da COVID-19 e pode ter prejudicado as campanhas de saúde voltadas para o rastreamento do CCU. Para os enfermeiros da APS, no período crítico da pandemia, suspendeu-se a coleta de preventivo por medo da contaminação pelas mulheres e a falta de insumos e recursos humanos. A readequação dos processos nos serviços e o baixo conhecimento das mulheres sobre as diretrizes para o rastreamento do câncer dificultaram a retomada das coletas após os dois anos críticos dessa emergência sanitária (Kaufmann *et al.*, 2023).

As campanhas de prevenção do CCU têm apresentado falhas e têm sido realizadas sob um contexto de dificuldade de demanda reprimida, caracterizada pela falta de oportunidade que a mulher tem de falar sobre si e sobre a sexualidade, práticas decorrentes do conceito de tabu e de ideias preconceituosas sobre a mulher difundidas na sociedade (Lopes *et al.* 2021). Dias *et al.* (2021) entrevistaram enfermeiras que informaram que há um dia próprio para a realização do exame citopatológico do colo uterino e sob livre demanda. O exame ser realizado prioritariamente pelo agendamento pode sugerir fragilidade na organização dos serviços, pois nem sempre haverá vaga para a demanda espontânea. As dificuldades

enfrentadas pelas mulheres incluem filas, demora no atendimento ou, até mesmo, a falta de vaga.

Nessa direção, as participantes mencionaram falta de flexibilidade no agendamento e dificuldade relativa ao horário de atendimento, especialmente para as mulheres trabalhadoras:

O agendamento é feito pela equipe. Eles que me dão uma data. Eu nunca escolhi o dia. (M-6)

O horário de funcionamento é adequado para quem não trabalha. Para a pessoa que trabalha, que sai do trabalho depois de certo horário, fica difícil. Não tem acesso. Só tem o sábado, mas só que não é todo o atendimento que fazem nesse dia e é só até meio dia. Aí fica complicado para quem trabalha e sai após as 18h, se estendesse ficaria bom. (M-17)

Antes, quando eu trabalhava e era ruim de vir, pois minha folga era sábado ou domingo e, naquela época, as clínicas da família não funcionavam aos sábados. (M-3)

O modelo assistencial dominante tem restringido a autonomia, a livre tomada de decisão e as possibilidades de opinar das mulheres sobre os cuidados de saúde, não contribuindo para a efetividade do processo de rastreamento do CCU e nem para o modelo de atenção preconizado para a APS (Alonso, 2022).

Por outro lado, o horário de funcionamento das UBS, geralmente, é limitado de segunda à sexta-feira e nos turnos da manhã e da tarde, dificultando o comparecimento das mulheres que trabalham. Os sábados são reservados para os dias específicos de campanhas de vacinação e, excepcionalmente, para aumentar a coleta do preventivo no território e alcançar a meta pactuada. As unidades que oferecem horário estendido de funcionamento, que inclui um período do turno noturno, são raras ou ausentes. No entanto, por vezes, nem sempre as mulheres conseguem acessar o serviço com horário estendido, tanto pelas dificuldades de saída antecipada e demora no deslocamento daquelas que residem longe do trabalho quanto pelos riscos decorrentes da violência urbana.

As mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho e esse fator influencia no contexto da saúde da população feminina, gerando preocupação do cuidado da sua saúde com o horário de funcionamento dos serviços de saúde e a demora no atendimento, causando barreiras para realização do exame e fazendo com que sua saúde fique em segundo plano (Acosta *et al.*, 2017; Dias *et al.*, 2021). Os serviços de saúde têm de refletir a organização do atendimento para a mulher que está no mercado de trabalho e considerar que elas são dependentes da liberação do patrão para a realização do exame e que é comum elas adiarem a realização do autocuidado para épocas de folga (Silva; Marques; Costa, 2021).

Além da exigência de agendamento prévio, as participantes relataram também que há espera excessiva no dia marcado pela unidade para a realização do exame preventivo, causando-lhes insatisfação. Elas consideram que o serviço deve reorganizar os fluxos de atendimento destinado ao rastreamento do CCU, como se pode ver nos excertos a seguir.

Chegando aqui, ainda vou ter que aguardar um tempo, para só depois entrar [consultório]. Basicamente, isso é o que dificulta, você tem que tirar o dia só para isso. (M-4)

Outras mulheres reclamam da demora para o atendimento. (M-8)

Os horários que são complicados. Eu estava marcada para 14h, mas acaba sendo por ordem de chegada. Aí, você acaba esperando. Quer dizer, se você tem algo marcado nesse meio tempo, você já se perde, porque tem que ficar esperando e acaba saindo mais tarde. Tem que vir sem ter nada para fazer depois, porque você não tem horário certo de sair. Se você chegasse aqui no seu horário e fosse atendida, beleza, mas nunca é assim. É por ordem de chegada. (M-17)

O tempo de espera excessivo para o exame é um dificultador para as entrevistadas. Essa demora dificulta ou desestimula a mulher a realizar o exame preventivo e pode decorrer do número elevado de atendimento por livre demanda ou o agendamento excessivo de pacientes, prejudicando as oportunidades de cuidado qualificado e integral à saúde da mulher.

O tempo de espera excessivo para realização do exame reportado pelas participantes pode prejudicar o acesso ao processo de rastreamento do CCU. Há relatos de que as mulheres enfrentavam longos períodos de espera, mesmo com o exame tendo sido marcado previamente, afetando 21,3% das usuárias (Rico; Iriart, 2013; Silva; Marques; Costa, 2021). Além disso, tanto mulheres trabalhadoras quanto aquelas responsáveis pelos cuidados domésticos, maternos ou familiares alegavam dificuldades de realizar os cuidados de sua saúde e de prevenção do CCU, inclusive pelo tempo dispendido para utilizar o serviço (Darj; Chalise; Shakya, 2019, Silva; Marques; Costa, 2021).

Por outro lado, Lua *et al.* (2018) esclarecem que as equipes de saúde dos serviços de APS são constantemente cobradas pelas secretarias de saúde para o cumprimento das metas estabelecidas, embora não forneçam apoio financeiro, técnico ou educativo ao desenvolvimento desse processo. Essa lógica produtivista aumenta a demanda de trabalho e o esforço da equipe para realizar as atividades laborais, prejudicando a qualidade da assistência.

Além disso, verifica-se que ainda que os depoimentos sugerem o predomínio dos rastreamentos oportunistas na APS, ou seja, por demanda própria dos indivíduos ou oferecidos por profissionais de saúde quando a mulher procura da unidade por outros motivos,

que ocasionam diferentes desafios nas ações de continuidade do cuidado. A estratégia de rastreio não oportunística ou organizada, aquela que assegura um mecanismo de recrutamento da população-alvo, é considerada a mais apropriada por implicar na melhor relação custo-benefício, com alta cobertura populacional, sendo essa modalidade a almejada e preconizada nas políticas de saúde brasileiras, apesar dos desafios existentes (Sousa *et al.*, 2021; Cerqueira *et al.*, 2022).

Em virtude das dificuldades vivenciadas, as participantes questionaram a falta de acompanhamento domiciliar e da busca ativa das mulheres para a realização do processo de rastreamento do CCU, como se pode ver a seguir:

Não tem essa captação. A gente mesmo é que procura. (M-12)

Acho que vocês [profissionais de saúde] deveriam procurar mais, buscar mais, pois as mulheres são muito resistentes e vemos um índice grande de mortalidade por câncer de mama e não só o de útero, pois elas não procuram, seja por vergonha ou por medo. Então, acho que os profissionais da área poderiam buscar mais. (M-15)

Acho que a unidade não procura essas mulheres. Faz o exame quem vem procurar. Eu nunca fui procurada. (M-20)

A busca ativa é importante não somente para captar as mulheres faltosas, mas também para a população ser sensibilizada e estimulada para a prevenção do CCU e valorizar o cuidado com a saúde. Apesar da relevância da busca ativa pelo serviço, as mulheres entrevistadas queixaram-se por elas terem que buscar o serviço por iniciativa própria, não são procuradas pelas equipes da APS e, por consequência, sentiram-se desvalorizadas.

Portanto, a ausência da busca ativa das usuárias sugere falha no processo assistencial de rastreamento e detecção precoce do CCU, uma vez que os profissionais estão deixando de executar uma atividade que é preconizada. Por outro lado, a deficiência ou ausência da busca ativa das mulheres elegíveis pode sugerir que o processo de rastreamento oportunístico vem sendo adotado pelos serviços utilizados pelas participantes e que os ACS e as equipes da ESF não têm sido incentivados a realizar visitas domiciliares e desenvolver estratégias para captação da população alvo.

Cabe ressaltar que o modelo oportunista é considerado o menos efetivo para reduzir a morbimortalidade e o mais oneroso para o sistema de saúde, gerando dois grupos de mulheres com cuidados inadequados: as super-rastreadas e as que nunca foram rastreadas (Maia; Silva; Santos, 2018). Além disso, a política de saúde destaca o papel do ACS na captação e mobilização das mulheres para o processo de rastreamento do CCU, devido à sua proximidade com a população do território e das ações que desenvolve para que ela tenha

proximidade com o serviço de saúde, pois o seu trabalho junto às famílias possibilita a avaliação da situação familiar e do território que subsidia o planejamento das ações de saúde, sendo assim um facilitador do acesso (Dias *et al.*, 2021).

Apesar dos casos relatados de convocação para realização do citopatológico do colo do útero serem pouco frequentes, as iniciativas de busca ativa pelos ACS devem ser incentivadas por possibilitarem a centralidade no usuário, melhorias assistenciais e repercussões positivas para o usuário (Galvão *et al.*, 2019). Enquanto couber ao ACS realizar a busca ativa das mulheres para o rastreamento e detecção precoce do CCU, competem à enfermeira e ao médico realizar o seguimento e a continuidade da linha de cuidado para a garantia do acompanhamento adequado (Pereira *et al.*, 2020).

Destaca-se que a visita domiciliar não é a única forma de convocar as mulheres para a prevenção e rastreamento do CCU, mas há estratégias positivas e de baixo custo para divulgar essas ações assistenciais, como o contato telefônico, o convite e as atividades educativas no cotidiano das unidades (Dias *et al.*, 2021).

Outra falha no processo de rastreamento do CCU que as participantes relataram foi que, mesmo diante da condicionalidade da realização do exame preventivo para recebimento da bolsa família, as suas necessidades de saúde não são completamente atendidas pela unidade básica, como ilustrado abaixo.

Só quando tem as coisas da bolsa família, que aí agenda todo mundo. (M-8)

Claro que não resolve certas coisas, mas eu sou sempre bem atendida. (M-2)

Quando a usuária busca o atendimento na unidade de saúde, ela anseia que suas expectativas sejam alçadas. Se ela não tem suas necessidades resolvidas, isso pode gerar desmotivação ou descrença no serviço e desestímulo para buscar os cuidados de saúde. Holanda *et al.* (2021) consideram que a escuta qualificada é fundamental para a resolutividade do serviço, pois essa escuta facilita o atendimento e o encaminhamento das demandas apresentadas pelo usuário. Os problemas relacionados à resolutividade da rede de serviços interferem na qualidade da atenção, como a ausência de comunicação eficaz entre os níveis e desorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, gerando desconfiança do usuário com o serviço e prejuízos na coordenação do cuidado, que é um atributo essencial da ESF.

A falta de acolhimento também foi criticada pelas mulheres entrevistadas, ocasionando relação conflituosa com a equipe, dificuldade no agendamento do exame e desestímulo para buscar o serviço, como ilustrado a seguir.

Eu não tenho muito acolhimento não! Eu não vou falar que tenho, porque eu não tenho. (M-2)

O acolhimento depende, pois tem algumas ACS que não descem [da comunidade] e não atendem. É mal atendimento mesmo, má vontade, não é generalizando, mas tem duas ou três que não descem. (M-17)

As falas sinalizam a necessidade de qualificar o acolhimento e melhorar o vínculo entre as usuárias e o serviço/a equipe para aproximar a mulher da unidade de saúde. A falta de acolhimento ou por conflitos relacionais ocasiona a quebra do vínculo entre a mulher e a equipe e, conseqüentemente, prejudica a prática preventiva. Na ESF, o vínculo caracteriza-se pela relação interpessoal entre o profissional de saúde e o usuário, permitindo melhor adesão aos cuidados de saúde e maior compreensão sobre as vulnerabilidades da comunidade local, por meio da escuta qualificada e do respeito mútuo. Quando se estabelece esse vínculo, o usuário deposita confiança no profissional, ampliando as ações de saúde e estimulando as práticas preventivas e de autocuidado (Holanda *et al.*, 2021).

A falta de acolhimento desperta tensões emocionais, mas que podem ser superadas. Para tanto, é necessário que a enfermeira leve em consideração questões subjetivas, como o pensar e o sentir da mulher, propiciando, assim, a criação do vínculo entre profissional e usuária. O acolhimento e a possibilidade de diálogo com os profissionais são fatores relacionados com a satisfação do atendimento (Melo *et al.*, 2019; Galvão *et al.*, 2019). O acolhimento é uma tecnologia leve que faz parte das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e que intenta produzir mudanças na gestão e no cuidado. Logo, acolher, reconhecer a singularidade de cada pessoa e sua real necessidade são importantes estratégias que propiciam a integralidade na assistência e valorizam a autonomia que as pessoas possam adquirir frente ao cuidado com a sua saúde (Ruffo, 2022).

Para Silva e Couto (2022), é no espaço mediador entre trabalhador de saúde e paciente que o acesso se efetiva, pois o acesso não se remete apenas à entrada do usuário no serviço, mas conforma-se frente à micropolítica do trabalho em saúde. Essas relações podem servir como barreiras ou facilitadores para o rastreamento do CCU.

Entre as barreiras do processo de rastreamento relevadas na presente pesquisa encontra-se a demora na entrega do resultado, como manifestam as seguintes falas:

Ainda não peguei meu resultado, pois ainda não saiu. (M-4)

Até hoje eu não peguei o meu [resultado do] exame. Até hoje, eu não passei pelo médico com o exame. (M-2)

Não recebi, pois eu tinha que vir buscar. Aí eu não vim. (M-11)

Eu vim aqui, aí a minha ACS tentou procurar para mim e não encontrou o meu exame. Ela disse que deveria estar na mesa do médico. Daí em diante, eu não consegui pegar até hoje. (M-19)

A demora na entrega do resultado pode decorrer da deficiência na agilidade da rede de atenção em assegurar o processamento da análise citopatológica e emissão do laudo em tempo oportuno. Por outro lado, o número de mulheres que realizam o exame e não retornam para buscar o resultado é elevado, o que prejudica a cobertura do rastreamento do CCU. Essa problemática envolve o medo do resultado positivo, a falta de sintomas aparentes e a demora na entrega do laudo (Pereira *et al.*, 2020).

Azevedo e Silva *et al.* (2023) identificaram que, em 2013, 40,9% das mulheres que realizaram o exame Papanicolau pelo SUS receberam o resultado em menos de um mês. Esse percentual foi inferior ao das mulheres que realizaram o exame na rede privada, correspondente a 87,2% no mesmo período. No ano de 2019, essa diferença no percentual entre serviços públicos e rede privada ampliou um pouco, visto que 39,7% das mulheres da rede pública receberam o resultado de exame em até 30 dias, enquanto o percentual foi de 91,4% na rede privada. Essa situação expõe as dificuldades e desarticulação entre os serviços assistenciais do SUS, levando à baixa resolutividade do programa.

Silva, Marques e Costa (2021) identificaram falhas no seguimento do exame, pois as mulheres não buscavam o resultado. Na presença de alguma lesão prevenível, elas não eram tratadas a tempo. Melo *et al.* (2019) estudaram 500 mulheres cadastradas nas UBS e identificaram que 85,8% das mulheres retornaram para receber o resultado, 10,4% delas não retornaram, 80,4% mostraram o resultado para o profissional de saúde e 15,6% não mostraram. No entanto, Rico e Iriart (2013) apontaram que os motivos para não pegarem o resultado foram a demora de sua liberação e a necessidade de novo agendamento para mostrar o resultado. A falta de avaliação do laudo tem consequências negativas para o seguimento do cuidado e causa incerteza do diagnóstico e insegurança no percurso terapêutico (Galvão *et al.*, 2019).

Ainda sobre a dificuldade de acesso ao resultado do exame, a rede de atenção primária possibilita o acesso a um sistema digital para gerar o laudo do exame preventivo às participantes do estudo, mas elas têm dificuldades para acessar esse sistema:

Porque ela [enfermeira] me deu uma senha e disse que tinha que entrar no computador, mas eu nem sei [utilizar o disposto eletrônico] e ficou por isso mesmo. Tem gente que não tem acesso. Eu não tenho acesso e não sei mexer [na internet]. Como eu vou pegar o resultado se não tenho acesso? Eles falam para ir à *Lan House*, mas às vezes tu não tens condições. (M-1)

Eu não peguei o resultado, pois eu não tenho internet. Lá perto da minha casa não tem *Lan House*. (M-19)

Pelo exposto, foi possível observar que algumas mulheres do estudo não tinham acesso à internet, o que é de fácil compreensão por tratar-se de um grupo social com vulnerabilidades, principalmente a socioeconômica. Além da falta de acesso à internet, precisa-se compreender que existem pessoas que não sabem acessar a internet e manusear aparelhos de informática. Portanto, para a garantia da equidade e da continuidade do processo de rastreamento do CCU, é imprescindível que a unidade de saúde garanta a entrega de resultado à paciente.

A entrega do resultado é uma importante etapa do processo de cuidado. No entanto, se não for realizado corretamente, o processo de rastreamento não é concluído. O resultado digital pode configurar-se como uma barreira para uma população vulnerável e de baixa renda, por envolver prejuízos no custeio implícito para acessar à internet no domicílio, *smartphone* ou estabelecimento comercial que oferece serviço privado de acesso a computadores com conexão à rede, assim como adquirir e manusear aparelhos digitais, como computador pessoal, resultando em analfabetismo digital. Além da hipossuficiência econômica, fatores educacionais e etários podem contribuir na dificuldade no acesso ao resultado digital.

Ainda com relação à entrega do resultado, outra dificuldade de acesso é a demora na emissão e análise do laudo pelo profissional. A problemática da demora na análise dos exames e o recebimento do resultado demonstram, mais uma vez, dificuldades na acessibilidade organizacional. Essa demora gera transtornos às usuárias e ocasiona a perda de tempo, prejuízo financeiro pelas idas e vindas repetidas das mulheres ao serviço e prejuízos emocionais ante a incerteza do resultado, podendo gerar ainda o descrédito na instituição e nos profissionais. A agilidade dessa etapa do processo de rastreamento do CCU é determinante na qualidade da assistência. No caso de o exame apresentar atipias, quanto

maior a espera por intervenções, menor é a chance de prognóstico favorável (Dias *et al.*, 2021).

Outros fatores limitadores identificados foram a percepção de atitude preconceituosa pelo profissional de saúde e de discriminação institucional, que foram relacionadas com a raça, a classe e o gênero das usuárias. Os depoimentos destacam também que elas devem receber a mesma qualidade de atendimento:

Hoje em dia, com a pessoa negra então [sofre preconceito]. Aqui mesmo, já aconteceu. (...) O lugar que a gente vive é um lugar precário. O pessoal que trabalha nessa região parece que tem nojo de você. Então, se tem nojo, não era para estar nessa área, porque você tem que passar segurança para essas pessoas. (M-9)

Não é porque a gente não tem relação com homem que a gente vai relaxar. Tem que cuidar da mesma forma, né? (M-17)

A fala da entrevistada M-9 refere o preconceito racial e sua integração como pertencente a uma população de baixa renda que vive em lugar de condições precárias, destacando a importância de uma atitude de acolhimento de um profissional em seu atendimento. O depoimento M-17 aponta para a necessidade de que haja um recebimento do mesmo padrão de cuidado oferecida às mulheres heterossexuais também às demais usuárias. Essas posturas preconceituosas manifestam a violência institucional e precisam ser combatidas por constituir-se como uma afronta à dignidade humana e aos valores éticos de respeito aos direitos das pessoas, constituindo mais um fator de distanciamento da mulher do serviço de saúde que prejudica o comportamento preventivo.

Com relação às posturas profissionais preconceituosas, Cerqueira *et al.* (2021) apontam que existem mulheres que evitam acessar o serviço de saúde e outras que acessam e têm atendimento inadequado, não pela inexistência do serviço, mas pela iniquidade causada pela discriminação institucional com as usuárias de baixa renda, negras, deficientes e homossexuais. Esses grupos sociais apresentam maiores desafios para o rastreamento do CCU.

Lawson e Marsh (2017) destacam que as mulheres com baixo poder econômico concentram-se com a sua sobrevivência e, por conta disso, o cuidado com a saúde não se torna uma prioridade. Assim sendo, elas têm limitações do acesso ao serviço de saúde relacionadas com o transporte, emprego, casa e cuidados com os filhos, assim como dispõem de baixo conhecimento em saúde e percebem pouco respeito por parte dos profissionais, prejudicando a qualidade da assistência recebida.

As mulheres LGBTQIA+ possuem mais fatores de risco associados ao CCU e menores taxas de rastreamento em comparação às mulheres heterossexuais, pois aquelas que são lésbicas não contam com um programa de incentivo e desconhecem a necessidade de adesão ao rastreamento. Essa população feminina LGBTQIA+ é exposta também à discriminação e aos cuidados preventivos ineficazes pela falta de conhecimento, medo do resultado positivo para câncer, ausência de acolhimento e posturas preconceituosas do profissional, fazendo com que procurem menos o serviço de saúde ou retardem essa busca (Damiani *et al.*, 2021; Alonso *et al.*, 2022).

No campo da saúde, observam-se alguns avanços com a elaboração de políticas públicas voltadas às demandas da população LGBTQIA+, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que visa ampliar o acesso qualificado à prevenção e ao tratamento dos cânceres ginecológicos e a prevenção de novos casos entre lésbicas e bissexuais, dentre outros objetivos. Apesar dessa política de saúde, a consulta ginecológica tem sido avaliada como espaços sociais que restringem os direitos sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais. As situações de preconceito e discriminação dificultam a assistência integral e humanizada, acarretando descrédito deste espaço assistencial como efetivo ao cuidado da saúde e, em última instância, revelando situações de violência institucional as quais podem estar submetidas (Rodrigues; Falcão, 2021).

As vulnerabilidades das mulheres lésbicas são oriundas de suas próprias crenças e dos preconceitos e experiências de discriminação nos serviços de saúde. Há postura de omissão dos profissionais frente às demandas de saúde apresentadas por essas mulheres, manifestando a violência simbólica presente nessas instituições e provocando o menor acesso de lésbicas aos serviços em saúde. As enfermeiras e médicos externam a existência de lacunas no seu conhecimento sobre essas mulheres, seus modos de viver, singularidades e vulnerabilidades (Araujo *et al.*, 2019).

A postura preconceituosa decorre de um modelo historicamente aprendido, o médico-hospitalocêntrico, no qual se valoriza a norma social dominante, representada pela população branca, heterossexual e com corpos não desviantes. Nessa perspectiva, o negro, população LGBTQIA+, indígenas e portadores de deficiências, seja física ou mental, encontram barreiras de acesso à saúde (Alonso *et al.*, 2022).

O racismo é um fenômeno cultural e ideológico, assim como um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde. Na sociedade brasileira, brancos e pretos ocupam espaços sociais distintos, que se refletem em

prejuízos nos indicadores sociais, acesso e permanência das mulheres negras nos serviços de saúde. Elas são mais expostas às iniquidades de saúde, principalmente quanto à saúde sexual e reprodutiva (Mendes *et al.*, 2021). A cor da pele é influente nos indicadores de saúde, visto que as mulheres negras realizam menos exames de rastreamento do CCU do que as brancas (Dimiane *et al.*, 2017).

A sociedade brasileira reproduz de forma naturalizada o racismo em seu cotidiano pelos quase quatro séculos do sistema escravocrata, refletindo-se na percepção social do racismo, invisibilizando-o, e, no campo da saúde, por repercutir negativamente nos cuidados e resultados. Portanto, faz-se necessária a discussão sobre a desigualdade racial no cuidado oncológico (Souza *et al.*, 2022), como vivenciado pela participante M-9.

A população negra é mais acometida pelas iniquidades em saúde, sendo a desigualdade racial um fator determinante das condições de vida e saúde desse grupo, que, por sua vez, necessitam de intervenções direcionadas. Além dessa problemática, o racismo, o machismo, a xenofobia, a homofobia, a transfobia, o capacitismo, dentre outros atributos de discriminação, podem ser enfrentados quando devidamente interpretados. Nesses casos, a interseccionalidade tem ajudado no enfrentamento das iniquidades em coerência com a garantia dos princípios do SUS (Alonso *et al.*, 2022).

As questões de gênero também emergiram nos depoimentos das participantes, pois algumas mulheres mencionaram dificultadores para acessarem o serviço para prevenção e rastreamento do CCU, devido aos papéis e às responsabilidades com os cuidados domésticos, maternos e com a família. Além disso, o machismo também emergiu como influente no acesso das usuárias pela consulta ginecológica, principalmente pelo fato de que o exame preventivo envolve a manipulação de regiões do corpo feminino consideradas erógenas e que são permeadas de crenças e tabus, como as mamas e a genitália, como manifestam os discursos abaixo:

Para buscar meu filho não tem ninguém, só eu. O meu marido trabalha, a minha sogra trabalha e o meu sogro faz bico. Então, para buscar [filha na escola], só tem eu mesma. Então, para mim, tem que ser de manhã [realização do preventivo], quando eu coloco a minha filha na escola. (M-5)

Eu só não posso à tarde. De manhã, eu boto minha filha na creche, que entra às 8h e sai às 15:30h. Eu só consigo vir quando coloco a minha filha na creche. (M-6).

Ela não fazia o preventivo por causa do meu pai. Ela nunca quis fazer. Ele a proibia. Ninguém podia tocar na minha mãe, só ele. E tinha que ser médica e não abrir a perna. (...) Era ignorância do meu pai. (...) Aqui no Rio, eu não sei, mas lá na Paraíba, eu tenho certeza que existe [machismo] e elas [mulheres] são submissas. A minha irmã mora aqui no Rio e é submissa ao marido. O marido também não quer que ela vá [fazer o preventivo], mas ela vai escondido. Ela não faz um exame das

mamas, porque ele não quer que ninguém toque nos seios dela. Foi aí que resolvi ser diferente. Eu não queria isso para mim [ser submissa], como a minha mãe, minha avó e minhas irmãs queriam. (M-19)

As relações de gênero são determinações sociais da saúde e, por conseguinte, da prevenção e rastreamento do CCU, pois o comportamento preventivo está relacionado com as atitudes da mulher e essas são construídas no âmbito sociocultural e histórico. As mulheres de baixa renda, como o grupo estudado, tendem a ser arrimo de família e responsáveis tanto pelo sustento da casa quanto por tarefas domésticas e cuidados dos filhos e familiares, não dispondo, por vezes, de uma rede de apoio. Além disso, as mulheres com companheiros homens enfrentam obstáculos de exercer a sua livre determinação e autonomia pela cultura machista ainda dominante na sociedade. Esse contexto de vida feminina prejudica as oportunidades de comparecimento ao serviço e cuidados de saúde.

Esse contexto está organizado segundo o patriarcado, que é um sistema social com centralidade na figura masculina paterna e, por conseguinte, na subordinação das mulheres (Ferreira *et al.*, 2022). Nesse sistema, enquanto os homens são os líderes e provedores da família e das condições materiais da sociedade, as mulheres desempenham o principal papel de donas de casa e mães. Como guardiãs do lar, exercem um importante papel na vida privada, reprodução e preservação da tradição, como na maternidade, educação, cuidados, beleza e outras funções reconhecidamente femininas (Bonalume, 2023).

Portanto, o lugar destinado à maioria das mulheres na sociedade ainda é, predominantemente, vinculado à família. Pereira *et al.* (2020) destacam que a sobrecarga das mulheres no dia-a-dia pelo trabalho e cuidado com os filhos faz com que suas demandas de saúde sejam prejudicadas. Iglecias *et al.* (2019) corroboram essa assertiva ao identificar que a falta de tempo das mulheres foi um dos fatores mais mencionados, o que contribui para a não realização do exame preventivo do CCU.

Com o avanço do papel social feminino, a influência do parceiro na prevenção do CCU pode facilitar ou dificultar sua adesão, pois há evidências de que o apoio do marido contribui para que as mulheres realizem o exame (Rico; Iriat, 2013). Portanto, diante da magnitude das desigualdades sociais no câncer, reconhece-se a necessidade de ampliar as investigações sobre a sua extensão para fornecer informações acerca das estratégias eficazes com vistas à redução das iniquidades no acesso aos cuidados de saúde e no diagnóstico e tratamento da doença, inclusive aquelas utilizadas na sensibilização e capacitação dos profissionais e serviços (Ferreira *et al.*, 2022).

Outra questão que emergiu foi em referência ao sexo do profissional responsável pelo exame preventivo do CCU, sendo manifesta a preferência de realizar o exame com profissional do sexo feminino pela seguinte participante:

Eu prefiro mais com mulher [realizar o exame preventivo], não ia me sentir bem se fosse com homem. Se fosse homem, eu não faria. Eu não gosto. Com as mulheres, a gente já se sente mais confortável. (M-5)

O sentimento de vergonha também está relacionado com a lógica de gênero, sobretudo, quando a mulher tem que expor seu corpo diante de um profissional do sexo masculino, causando sentimento de pudor e vergonha, diferentemente quando o examinador é do sexo feminino. A influência de fatores culturais nas questões de saúde precisa ser problematizada pelos profissionais de saúde em sua prática de cuidado, aproximando-se e conhecendo o senso comum para recrutar as mulheres aos serviços de saúde (Acosta *et al.*, 2017).

A influência cultural permeia os sentimentos das mulheres ao serem examinadas pelo profissional homem. O sentimento de pudor ocorre pela associação que a mulher faz do exame preventivo como um ato íntimo e sexual, causando-lhe vergonha e constrangimento, somando-se a falta de conhecimento e do hábito de explorar o próprio corpo, especialmente quando os seus valores culturais são mais conservadores. Esses sentimentos perante o profissional do sexo oposto desencadeiam na mulher a sensação de impotência e de perda de domínio do próprio corpo (Acosta *et al.*, 2017).

Dar, Chalise e Shakya (2019) apontaram que, para as mulheres nepalesas, ter o exame realizado por um profissional do sexo masculino, foi considerado motivo de vergonha, inclusive fazendo com que algumas delas desistissem da consulta para não precisarem exporem os seus corpos. Corroborando, Rafael e Mora (2017) assinalam que o medo e a vergonha relatados por algumas mulheres podem guardar relações com bloqueios e conflitos referentes à manipulação do corpo por outra pessoa, especialmente quando o profissional é do sexo masculino.

Lima *et al.* (2023) evidenciaram também que as mulheres achavam o exame invasivo ao corpo feminino, gerando vergonha do profissional, principalmente se fosse do sexo masculino. Somando-se a isso, Silva, Marques e Costa (2021) afirmam que as usuárias preferem ser atendidas por profissionais do sexo feminino por sentirem-se constrangidas com o profissional do sexo masculino, gerando sentimento de medo, nervosismo e vergonha.

Portanto, assumir uma postura flexível e que garanta a escolha do examinador, a partir da própria usuária, seria imprescindível para a promoção do direito de escolha e autonomia feminina, com consequente melhoria das condições de uso e acesso das usuárias (Rafael; Mora, 2017).

As entrevistadas, ao serem questionadas sobre os possíveis motivos da não realização do exame preventivo pelas mulheres, informaram fatores comportamentais, como o desleixo com a própria saúde e a desvalorização do exame, juntamente com fatores organizacionais, como o distanciamento da data marcada para o exame favorecer a mulher esquecer a data e não comparecer.

Porque tem muita mulher que é encostada e deixa de lado. (M-6)

Eu acho que as mulheres tinham que ser tudo ligadas, porque tem um monte de filhos. Tinha que fazer preventivo e ligar todo mundo. Elas não fazem [preventivo] porque não querem, pois, lugar tem. Acho que elas são relaxadas e reclamam muito. (M-8)

Às vezes, o esquecimento acaba dificultando, por exemplo, marcam com 20 dias de antecedência, acaba que passa o dia ou chega no dia, aí que você lembra. (M-11)

Entre esse conjunto de sentidos, há visões ancoradas na discriminação, estereótipos e preconceitos comumente associados às pessoas em situação de pobreza, como desleixo, preguiça e alta fertilidade, que denotam a reprodução social dessas visões entre as próprias usuárias de baixa renda e são vitimizadas também por esse tipo de pensamento e comportamento preconceituoso no serviço de saúde, como apresentado anteriormente. As barreiras comportamentais e organizacionais do acesso, manifestas como a desvalorização do exame e o esquecimento do dia marcado para a sua realização.

Cabe ressaltar que o desinteresse leva a uma prática preventiva negativa, ocasionando a maior chance de desenvolvimento da doença e pode estar relacionado ao desconhecimento dos benefícios do exame e às crenças e mitos de cada mulher. Rafael e Mora (2017) indicam que a dinâmica de vida assumida por muitas mulheres, com a sobreposição das atividades laborais e atribuições domésticas, pode ampliar o esquecimento de afazeres e explicar o esquecimento do agendamento do exame, devendo esse achado ser melhor explorado e refletido pelo serviço para melhorar a cobertura do exame citopatológico do colo uterino.

Reforçando esse achado, Melo *et al.* (2019) identificaram que as mulheres que não realizaram o exame, 5,4% do total das entrevistadas, tiveram como principal motivo mencionado a falta de interesse pela mulher (32,4%). Ademais, o discurso sobre o rastreamento confere ao exame um caráter moral associado tanto com a normalidade de sua

realização quanto com a correção feminina, ao desaprovar quem não cumpre esse dever feminino (Rico; Iriart, 2013).

A experiência prévia negativa com o exame preventivo também emergiu na presente pesquisa e isso pode desestimular a mulher a fazer o exame, como mencionam as entrevistadas nos excertos reproduzidos a seguir.

Tenho experiência negativa. Eu vim aqui fazer o exame e ela me perguntou: Quanto tempo você fez? Eu respondi menos de 2 anos. Ela virou e falou que não deveriam nem ter me marcado. Foi constrangedor. (M-1)

A primeira vez que eu fiz, me machucou, eu sangrei e fiquei usando pomada e bem dolorida. A primeira vez que colheram em mim, eu me lembro de que foi no posto. Era uma mulher meio bruta (...). Então, para mim, foi bem marcante. (M-14)

Portanto, verifica-se a necessidade de postura acolhedora do profissional durante o processo de rastreamento do CCU, abarcando a orientação sobre os cuidados preventivos e os procedimentos envolvidos, para evitar experiências negativas e traumáticas que prejudiquem a adesão a esses cuidados. Além disso, a relação de cuidado entre a mulher e o profissional durante o exame favorece o desenvolvimento do comportamento preventivo, mas quando a mulher percebe que o profissional foi desinteressado ou negligente com o seu cuidado, é provável que ela evite ou retarde o retorno ao serviço, comprometendo a resposta adequada às suas necessidades de saúde.

Acosta *et al.* (2017) reforçam esses achados, quando demonstram que o nível de satisfação, a privacidade durante o atendimento e o comportamento do profissional com a cliente são fatores considerados pelas mulheres para o retorno ou não à unidade de saúde. Os autores advertem que a tensão e o nervosismo podem ser gerados pela associação com as experiências anteriores durante a realização do exame com o profissional. Damiani *et al.* (2021) corroboram essa assertiva, pois identificaram que as experiências negativas em encontros anteriores foram citadas pelas mulheres como principais barreiras no rastreamento do CCU.

Lawson e Marsh (2017) definem o cuidado centrado no paciente como um cuidado de saúde respeitoso, compassivo, equitativo, transparente e que responde às necessidades e aos valores da pessoa. Esse cuidado está associado a muitos resultados positivos para a saúde, incluindo melhoria do bem-estar físico e emocional, satisfação com os cuidados, adesão ao tratamento e comunicação profissional-paciente adequada. Assim sendo, quando a mulher se sente acolhida, ela tem boas experiências com o serviço de saúde e maiores chances de retornar, fazendo com que aumente seus cuidados com a saúde.

As informações limitadas acerca da prevenção do CCU são mais uma barreira para sua prevenção. Na presente pesquisa, a falta de conhecimento adequado sobre o rastreamento emergiu e as mulheres entrevistadas não sabiam ao certo a finalidade do preventivo, pois associavam com a detecção das ISTs, avaliação da saúde íntima ou órgãos genitais e identificação de secreções vaginais anormais e sugestivas a doenças. Além disso, há desconhecimento sobre a periodicidade e critérios da população alvo recomendados para realizar o exame. Elas também destacaram a falta de campanhas governamentais para esclarecimento da população feminina, assim como a ausência ou a pouca divulgação do tema nas unidades de saúde e pelos profissionais.

Acho que serve para ver se tem HIV, sífilis, essas coisas assim. (M-5)

O que eu sei é que [o preventivo] serve para ver como está o organismo por dentro, a vagina, para saber se tem corrimento. Eu não sei a idade. O que eu sei é que é para fazer depois que teve a primeira relação sexual (...). Acho que a divulgação precisa melhorar, principalmente em relação à saúde, ter mais campanhas. (M-3)

Eu não sei se tem idade, quando começa, se pode fazer virgem ou se tem que ser depois da [iniciar] relação sexual. (M-4)

O certo é fazer uma vez por ano ou de dois em dois anos, mas eu gosto de fazer todo ano (M-1)

Não tem divulgação. Eu acho que na televisão fica falando para fazer o preventivo, eu também não vejo na internet. (M-8)

Nunca vi nada de divulgação, falam mais de vacina do que do preventivo. (M-2)

São poucas informações, deveria ter mais para as pessoas fazerem. Eu conheço pessoas que não fazem por falta de informação. (M- 13)

No presente estudo, verificou-se a ausência ou a deficiência de informações sobre a prevenção e rastreamento do CCU ofertadas tanto pelos profissionais do serviço quanto pela gestão da saúde, o que gera, conseqüentemente, a falta de conhecimento das mulheres investigadas, que também pode ser identificada pelas falas reportadas acima.

O conhecimento inadequado das participantes sobre a prevenção do CCU no presente estudo revela que há necessidade de que os profissionais, incluindo os de enfermagem, repensem a sua prática assistencial e de educação em saúde. Percebe-se, portanto, que as estratégias de comunicação e educação voltadas para saúde das mulheres e prevenção desse tipo câncer vem sendo negligenciada, o que prejudica a capacidade de exercer o autocuidado e desenvolver o comportamento preventivo nas mulheres e fragiliza o alcance dos objetivos e metas previstas nos programas de saúde.

O conhecimento insuficiente ou errôneo das mulheres acerca das recomendações de rastreamento do CCU é uma das barreiras para realização do exame citopatológico do colo do útero (Mascarenhas *et al.*, 2020). Contudo, o estudo de Silva e Marcolino (2023), com uma amostra de mulheres do estado da Bahia, identificou que a maioria das entrevistadas sabia o motivo da realização do exame citológico para prevenção do CCU e foi informada pelo profissional de saúde acerca do exame Papanicolau e que as instruções recebidas foram adequadas, mas menos da metade das respondentes informou que há ações de educação em saúde na UBS.

Em contraposição, Melo *et al.* (2019) estudaram o conhecimento das mulheres sobre o exame preventivo e identificaram que apenas 35,2% delas dispunham de conhecimentos adequados e 16,2% julgaram que a sua finalidade seria prevenir doenças, detectar DST/AIDS e corrimento vaginal, apesar da maioria ter apresentado atitudes preventivas adequadas (98%) e praticar ações de prevenção do câncer (70,6%).

Corroborando, Rico e Iriart (2013) identificaram que as mulheres estudadas mencionaram que o exame Papanicolau teria diversas funções, entre elas, a prevenção e detecção de ISTs e a aferição da saúde das partes íntimas. Nessa direção, Mascarenhas *et al.* (2020) observaram também que poucas mulheres sabiam suficientemente sobre as recomendações do INCA para o rastreamento do CCU, pois elas desconheciam especialmente informações acerca da faixa etária e periodicidade recomendadas. Esses achados vão ao encontro dos resultados aqui descritos.

A falta de conhecimento sobre a importância e periodicidade do rastreamento do câncer cérvico-uterino configura-se como uma barreira para a adesão das mulheres para essa medida preventiva (Damiani *et al.*, 2021). O desconhecimento sobre o processo de rastreamento do CCU não se restringe à realidade brasileira. Em âmbito internacional, Darj, Chalise e Shakya (2019) constaram que, no Nepal, há mulheres nunca tinham ouvido falar em CCU e a falta de conhecimento dos sintomas faz com que elas procurassem cuidados de saúde somente quando aparecia algum sintoma. Portanto, a comunicação e a educação em saúde são importantes estratégias para modificar esse cenário, cabendo à enfermagem um papel destacado nessas estratégias, especialmente as enfermeiras que são responsáveis pelas atividades de rastreamento e educacionais na ESF (Melo *et al.*, 2019).

Destaca-se que o desconhecimento sobre a importância e finalidade da coleta do exame citopatológico do colo do útero contribui para o aumento da vulnerabilidade das mulheres, visto que dificulta a compreensão de sua relevância para a saúde feminina e

prejudica o vínculo com o serviço, sendo necessárias ações educativas de captação e busca ativas dessas usuárias (Fraga *et al.*, 2023).

A educação em saúde integra o cuidado de enfermagem e é um importante instrumento para a sensibilização das mulheres a respeito da responsabilidade com a saúde e da busca por uma vida mais saudável (Lima *et al.*, 2023). Nessa direção, o protocolo da saúde da mulher preconiza a orientação individual e coletiva acerca do exame preventivo, a sua importância e os fatores de risco para o adoecimento, como o tabagismo, a infecção por HPV e a idade. Há outros temas que devem ser abordados na atividade educativa, a exemplo do sexo seguro, vacinação contra o HPV das meninas de 9 a 14 anos, a periodicidade da realização dos exames e as orientações que antecedem a coleta do material do citológico (Holanda *et al.*, 2021)

Dias *et al.* (2021) revelam que a educação em saúde se constitui como uma ferramenta para a promoção da saúde de indivíduos por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários na expectativa de superar o modelo biomédico e abranger multideterminantes do processo saúde-doença. Portanto, as mulheres devem ser esclarecidas a respeito do preventivo no intuito de desfazer tabus relacionados ao exame, devendo ser realizadas atividades educativas em momentos oportunos da consulta de enfermagem, juntamente em grupos de mulheres, reuniões, oficinas e nas visitas domiciliares.

Apesar dessas recomendações, Melo *et al.* (2021) identificaram que os profissionais de saúde não promovem conhecimentos adequados por meio da educação em saúde. De igual modo, Pereira *et al.* (2020) reportam que a ausência de estratégias educacionais dificulta as práticas preventivas e está relacionada com a falta de informação/sensibilização dos profissionais de saúde, dentre outros fatores.

Traverso-Yépez (2007) problematiza a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos na APS e, mais especificamente, na ESF, mencionando que os gestores desconsideram as dificuldades de implementação e de operacionalização dessas estratégias, como o baixo poder aquisitivo dos usuários do serviço e a hegemonia do modelo biomédico centrado na cura. Além disso, a preocupação com a adoção de comportamentos saudáveis suscita estratégias de educação para saúde, mas existem diversas formas de educar, como campanhas e palestras de informação, que objetivam mudanças de condutas, mas essas tendem a negligenciar a perspectiva freiriana da educação, que educar não é a mera transferência de conhecimento.

Portanto, a repetição de campanhas simplistas que apontam os riscos lineares de causa-efeito com transmissão vertical das informações, desenvolvidas pelos profissionais de saúde a partir do que consideram saudável, é comum nos trabalhos de promoção e educação em saúde e esses conduzem para uma menor probabilidade de que as pessoas se sintam afetadas pelas mensagens. Assim sendo, há necessidade de substituição por outro método atento às formas dialógicas de trabalho, levando em consideração a teia de interdependências na qual o trabalho em saúde está inserido, levando-se em consideração a comunicação não-verbal, pois a educação não é apenas o que se exprime nos programas educativos, mas constitui-se por meio de toda ação sanitária. Em outras palavras, a promoção de estilos de vida saudáveis deve ser uma preocupação tanto individual quanto social (Traverso-Yépez, 2007).

Ainda sobre o desconhecimento das participantes, uma entrevistada questionou a competência profissional da enfermeira no rastreamento do CCU, demonstrando ainda que há desinformação sobre o papel do profissional enfermeiro nessa atividade.

A enfermeira não sabe te dizer muitas coisas, porque o médico tem conhecimento. A enfermeira não vai ter esse conhecimento. Então, você fica meio que pensando: Aí, se tiver um problema agravante, eles vão te direcionar ao médico? É uma coisa que eu acho errado. Quando éramos atendidos no posto [de saúde], a coisa era bem diferente. Você era atendido pelo ginecologista e não pela enfermeira. (M-9)

O desconhecimento do papel e competências técnicas da enfermeira pela população pode explicar, em parte, a preferência das mulheres em realizar o exame preventivo com o médico. No entanto, a enfermeira é a principal referência para realização do preventivo na APS e, raramente, é realizado pelo médico, pois elas acreditam que estes têm maior qualificação para sua realização (Fernandes *et al.*, 2019; Silva; Marques; Costa 2020).

Quanto ao reconhecimento do cuidado da enfermagem, Lima *et al.* (2023) apontam uma deficiência na credibilidade da atuação da enfermeira, pois as mulheres descrevem que o enfermeiro não tem competência para realização do exame preventivo e desconhecem sua importância na sociedade. Portanto, evidencia-se que existe dificuldade no reconhecimento da competência técnica da enfermeira, causando insegurança nessas mulheres quanto ao conhecimento e autonomia dessa profissional.

Em contraponto, Fernandes *et al.* (2019) identificaram que há a predileção das mulheres pela enfermeira em oposição a realização do exame pelo médico, por serem mulheres que estão cuidado de mulheres, uma vez que a maioria dos profissionais da

enfermagem é composta por pessoas do sexo feminino, além das usuárias perceberem a qualidade da assistência prestada.

No âmbito da APS, as enfermeiras são mais envolvidas na busca e no rastreamento de mulheres, favorecendo a construção de confiança, tornando-se fundamentais para a manutenção do acompanhamento e a percepção positiva da assistência recebida. A expansão de suas funções e a capacitação destas profissionais contribui para a qualidade do serviço e minimiza as barreiras de acesso geográfico, organizacionais, estruturais e simbólicas (Anjos *et al.*, 2022).

Diante do conjunto de achados do presente estudo, os fatores limitadores do rastreamento do CCU aqui descritos foram classificados com base no modelo socioecológico da saúde, segundo os seus cinco níveis, como pode ser observado na figura 3.

4.2.2 Fatores facilitadores do processo de rastreamento

Nesta subseção, serão apresentados os fatores facilitadores do processo de rastreamento do CCU e, por conseguinte, que propiciam o comportamento preventivo das mulheres. Esses fatores favoráveis foram menos expressivos do que as barreiras identificadas, no entanto, eles revelam que há avanços nessa ação preventiva e potencialidades no processo de rastreamento do câncer cérvico-uterino. Esses fatores facilitadores estão apresentados em quatro grupos de sentidos ou ideias principais, a saber: Acesso facilitado ao atendimento, Informações acessíveis sobre a prevenção do CCU, Potencialidades do processo assistencial e Estrutura organizacional adequada.

Segundo as entrevistadas, o acesso facilitado ao atendimento é possibilitado pelas estratégias destinadas para oportunizar o agendamento do exame preventivo no serviço, como a visita domiciliar do ACS, que faz a captação das usuárias elegíveis ao rastreamento e realiza o agendamento no domicílio dessas mulheres. Outra modalidade de marcação do exame mencionada a foi o uso do aplicativo de mensagens, o *WhatsApp*, através do *smartphone* com pacote de dados de internet oferecido pela gestão de saúde municipal⁵. As participantes também mencionaram o agendamento de forma presencial, ou seja, diretamente com o

⁵ Recentemente, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro forneceu um aparelho de celular com pacote de internet incluso para cada equipe da ESF, a fim de facilitar a comunicação e acesso dos usuários ao serviço.

profissional técnico ou com o ACS. Dentre as facilidades de acesso, as mulheres expuseram a diversidade de opções de marcação do exame em diferentes dias e horários, como manifestam os seguintes depoimentos:

A facilidade é que os agentes [ACS] vão até nossa casa. Então, fica mais fácil para marcar a consulta e temos acesso a vocês [profissionais]. (M-12)

Eu peço para o ACS marcar pelo *WhatsApp*. É bem mais fácil. (M-10)

Então, a minha primeira marcação foi presencial. Depois, o agendamento foi feito pelo *WhatsApp* (...). Eles oferecem vários horários de marcação para facilitar [agendamento do exame], por causa do meu trabalho. (M-4)

A facilidade é que agora tem o *WhatsApp* para marcar (...). O horário é bom. Eu já fui atendida até no dia de sábado. (M-13)

Eu não tive dificuldades para o agendamento. É só eu vir até aqui. (M-10)

Diante dessas falas, identifica-se que a unidade básica oferece modalidades diversificadas de captação e agendamento das mulheres elegíveis para realizar o exame de rastreamento do CCU, sendo avaliadas como um ponto positivo pelas participantes. Essa diversificação favorece a marcação da consulta e o acesso ao exame preventivo. Esse achado indica que não há uma padronização no modo utilizado para o agendamento do exame, pelo menos, mais recentemente e após a introdução do *smartphone* com pacote de internet pela gestão no processo assistencial das equipes. Assim sendo, aventa-se que o agendamento oportunista pode não ser mais rotineiro no território das entrevistadas, apesar de ter emergido entre as barreiras percebidas que foram descritas anteriormente.

A presente pesquisa aponta que as mulheres em vulnerabilidades sociais encontraram facilidades para acessar e agendar o preventivo através da comunicação por aplicativo de mensagem entre a usuária e a equipe da ESF, contribuindo para o estreitamento do vínculo com as usuárias, comunicação e acompanhamento pela equipe.

Sabe-se que o rastreamento oportunista do exame preventivo ainda é prevalente no Brasil e é considerado um modelo inadequado, especialmente para as mulheres pertencentes a grupos vulneráveis e marginalizados (Fernandes *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2022). No entanto, Azevedo e Silva *et al.* (2023) identificaram que, em 2013, apenas 3,8% das mulheres encontraram dificuldade para marcar o exame preventivo e, em 2019, esse motivo não foi mais referido como dificuldade de acesso, o que denota avanços na prevenção e rastreamento do CCU no país durante esse período. Corroborando, Silva *et al.* (2022) destacaram que o acesso facilitado aos serviços da APS pela maior flexibilidade e disponibilização de mais

horários para o agendamento do exame e a redução do tempo de espera para as consultas médicas são fatores contribuintes para o aumento do rastreamento, como destacaram as participantes do presente estudo.

Adicionalmente, as participantes também consideraram como a facilidade o acesso do resultado do exame preventivo de forma digital.

Antigamente, você tinha que vir aqui e pegar o resultado. Hoje em dia, você pega pelo site. (M-3)

Para o resultado, eles me deram o papelzinho [endereço eletrônico e senha] para que eu posso pegar [o resultado do exame] até pelo aplicativo, pegar e olhar. Eu nem preciso vir aqui e isso também facilitou bastante. (M-15)

Portanto, o acesso ao resultado digital pela própria usuária emergiu como um facilitador para a disponibilização ágil do resultado do seu exame e, se for utilizado de forma complementar, pode acelerar a sua avaliação. Contudo, faz-se necessário problematizar essa modalidade digital para uma população em vulnerabilidade social, uma vez que pode ser também excludente pelos custos implicados na aquisição do pacote de internet, sobretudo se as mulheres com condições socioeconômicas limitadas para arcar os custos da utilização da internet ou dificuldades para usar ou manter aparelhos digitais com acesso à rede doméstica ou móvel.

Apesar dessas vulnerabilidades sociais, uma parcela das entrevistadas parece não ter essa limitação e presume-se que possa decorrer da popularização do acesso à internet na população brasileira. Segundo o IBGE (2022), 90,0% dos domicílios brasileiros cotavam com acesso à internet em 2021. Nesse mesmo ano, o celular foi o principal dispositivo de acesso à internet em casa, sendo esse utilizado em 99,5% dos domicílios com acesso à grande rede. De 2019 a 2021, o percentual de domicílios com conexão à internet por banda larga móvel caiu de 81,2% para 79,2%, enquanto o percentual da banda larga fixa aumentou de 78,0% para 83,5%.

Destaca-se que as tecnologias de informação e comunicação são serviços fundamentais para a promoção da saúde e a educação em saúde é uma importante ferramenta para o incentivo à adesão das mulheres às ações de prevenção do CCU, podendo o acesso à internet exercer um papel importante na conscientização das mulheres (Silva; Marcolino, 2023).

Nessa perspectiva, apesar do perfil das participantes aqui estudadas serem de mulheres com vulnerabilidades socioeconômicas e delas terem reconhecido o acesso à internet como facilitador da comunicação com a equipe da ESF, do agendamento do exame preventivo e do

acesso do resultado, pondera-se que os meios de comunicação de massa tradicionais podem exercer um importante papel na divulgação de informações sobre a prevenção e rastreamento do CCU, como a televisão e o rádio especialmente.

No presente estudo, as mulheres informaram terem recebido orientação acerca do exame preventivo e relataram terem adquirido essas informações através de familiares e da internet. As usuárias reconhecem que as informações estão presentes nas campanhas de saúde pública em meios de comunicação em massa, relacionaram a escolaridade, como manifestam as falas abaixo:

Ela [profissional de saúde] fornece informação, mostrou o bico de pato, essas coisas... Ela informa tudo. (M-1)

Eu acho que [o exame preventivo] é bem divulgado. A minha mãe sempre me explicava. Na unidade de saúde, nunca me explicaram. Só me perguntaram se eu já tinha feito. (M-5)

Na televisão e internet, é sempre divulgado [o exame preventivo]. (M-12)

A televisão até fala muito sobre o câncer do colo do útero e o preventivo. (M-14)

Eu acho que tem campanhas [de saúde pública] suficientes. (M-16)

Neste estudo, os códigos sobre o recebimento de informações acerca do rastreamento do CCU foram reduzidos, mas esse significado emergiu nas falas das participantes, sugerindo que essas orientações são oferecidas, mas não de forma rotineira nos atendimentos, o que reforça a importância das atividades de educação em saúde e da capacitação das equipes da ESF para incrementarem essas atividades no processo assistencial e ações de prevenção e rastreamento deste câncer.

Portanto, ações de educação em saúde direcionadas para o rastreamento do CCU devem ser incentivadas. Um estudo de revisão sistemática constatou um efeito positivo consistente do uso de intervenções educacionais modeladas com base na teoria, cultural e linguisticamente sensíveis e participativas, sendo essas adaptadas para comunidades específicas. Essas intervenções aumentaram a sensibilização das mulheres, o conhecimento sobre o CCU, a importância do rastreio e ofereceram aconselhamento e orientação sobre barreiras com o agendamento de consultas de rastreio, aumentando assim a probabilidade das mulheres elegíveis para fazerem o exame de Papanicolau. Além dessas estratégias educacionais, a combinação de cartas-convite, incluindo um panfleto informativo sobre câncer cervical e exame de Papanicolau com lembretes telefônicos adicionais com uma breve

descrição da importância desse exame demonstraram um efeito positivo nas taxas de rastreamento cervical (Musa *et al.*, 2017).

Acredita-se que uma boa interação entre profissional e paciente, durante a execução do exame, promova tranquilidade à mulher durante o procedimento, possibilitando-a sentir-se mais respeitada (Acosta *et al.*, 2017). A probabilidade de que as mulheres compareçam no rastreamento depende do seu conhecimento sobre o CCU, dos benefícios percebidos e da sua capacidade de superar as múltiplas barreiras de acesso aos cuidados preventivos. (Darj; Chalise; Shakya, 2019; Dimiani *et al.*, 2021).

Silva e Marcolino (2023) também identificaram, por meio das percepções das mulheres acerca do recebimento de informações sobre o exame preventivo oferecidas pelos profissionais, que o procedimento foi realizado de forma adequada e que há uma correlação positiva entre a realização do preventivo e o uso da internet, pois é um meio de se extrair informações. No entanto, Melo *et al.* (2019) abordam que mulheres que recebem informações dos profissionais de saúde têm maior adesão ao exame, quando comparadas àquelas que foram informadas por outras fontes. Diante disso, ratifica-se que as ações de educação em saúde nas unidades de saúde devem ser ampliadas pelas equipes e pela enfermagem especialmente, pois essas profissionais estão diretamente envolvidas no processo de prevenção e promoção de saúde.

Darj, Chalise e Shakya (2019) verificaram que as mulheres consideram que o programa de sensibilização da população feminina sobre o rastreio do CCU aumentaria os seus conhecimentos e as motivariam a recorrer ao serviço de saúde. No entanto, nem todas tinham acesso aos diversos meios de comunicação social, mas acreditavam que os programas e noticiários de televisão e rádio, juntamente com propagandas de saúde pública nesses veículos, poderiam ser utilizados para essa finalidade.

Esses meios de comunicação social de massa são particularmente úteis em contextos socioculturais cuja população apresenta vulnerabilidades e dispõe de baixa escolarização, pois podem refletir em comportamentos negativos de saúde. A baixa escolaridade está associada à não realização do exame citopatológico do colo uterino e reflete em menor nível de conhecimento sobre as estratégias de prevenção (Mascarenhas *et al.*, 2020; Dimiani *et al.*, 2021).

A escolaridade é um importante mediador da relação entre nível socioeconômico e percepções da saúde, em razão de que os indivíduos com maior nível educacional tendem a adotar estilos de vida mais saudáveis (Siva; Couto, 2022). Assim sendo, considerando que

uma parcela da amostra estudada foi composta por mulheres com nível de instrução correspondente ao fundamental incompleto ou completo, ou seja, oito ou menos anos de estudo, estes meios de comunicação podem ser relevantes para a prevenção e rastreamento do CCU.

Com relação às potencialidades do processo assistencial, a busca ativa das mulheres elegíveis pela equipe, por meio de postagens em página de rede social e do aplicativo de mensagem, foi considerada pelas entrevistadas como facilitadora para o recebimento de informações sobre a coleta do citopatológico do colo uterino. Quanto ao resultado, as mulheres informaram que o acesso e a apresentação do resultado ao profissional são facilitados. As participantes externaram satisfação com o vínculo e acolhimento da equipe e avaliaram como satisfatórios o atendimento no serviço e a atuação do profissional que conduziu a realização do exame.

Elas [ACS] buscam [as mulheres elegíveis ao exame preventivo], pois elas postam e colocam as informações no *Facebook* e no *WhatsApp*. (M16)

Eu sempre fui muito bem acolhida, assistida e atendida. (M-6)

O que me faz vir aqui [no serviço] é a qualidade do atendimento dos profissionais. É a primeira vez que vamos a um lugar e somos muito bem atendidos, muito bem assistidos. (M-15)

Esses depoimentos destacam que as orientações recebidas, acolhimento e cuidados oferecidos foram satisfatórios para as mulheres entrevistadas. A formação de vínculo entre usuária e profissional favorece a percepção de satisfação. A confiança gerada na mulher através desse vínculo permite que ela se sinta menos vulnerável durante o processo de rastreamento do CCU por perceber que pode contar com a equipe para suprir as suas necessidades e inquietações.

Galvão *et al.* (2019) ressaltam o papel fundamental dos ACS nas trajetórias assistenciais de usuárias na APS, pois esse profissional, muitas vezes, é o principal contato que elas têm com o serviço, podendo estar inserido na disseminação de informações de saúde, como promotor da saúde, se adequadamente capacitado. Ademais, a humanização da assistência à saúde coloca em destaque a valorização do protagonismo dos usuários, o respeito às diferenças e a centralidade do diálogo, contribuindo diretamente para a resolutividade da promoção à saúde e das ações educativas (Sebold *et al.*, 2017).

A formação do vínculo entre usuário e profissional é importante para relação de cuidado por aumentar a sensação de segurança e de credibilidade no profissional (Acosta *et al.*, 2017), possibilitando assim a vinculação dessa usuária com a unidade de saúde e, por conseguinte, com o fortalecimento do comportamento preventivo. Além disso, as orientações e aconselhamento eficazes podem favorecer para reduzir a ansiedade e o medo nas mulheres aumentando a sua confiança no sistema de saúde (Darj, chalise, shakya, 2029).

Quanto à estrutura organizacional, as mulheres externaram sua satisfação com a estrutura física, funcionamento e horários de atendimento da unidade, como expressam as seguintes entrevistadas:

Eu acho que o horário de funcionamento [do serviço] é perfeito. Os horários daqui não deixam a desejar. Eu gosto. (M-19)

A estrutura é boa, ótima, em comparação com outras clínicas que eu já fui. Essa aqui é bem melhor. (M-3)

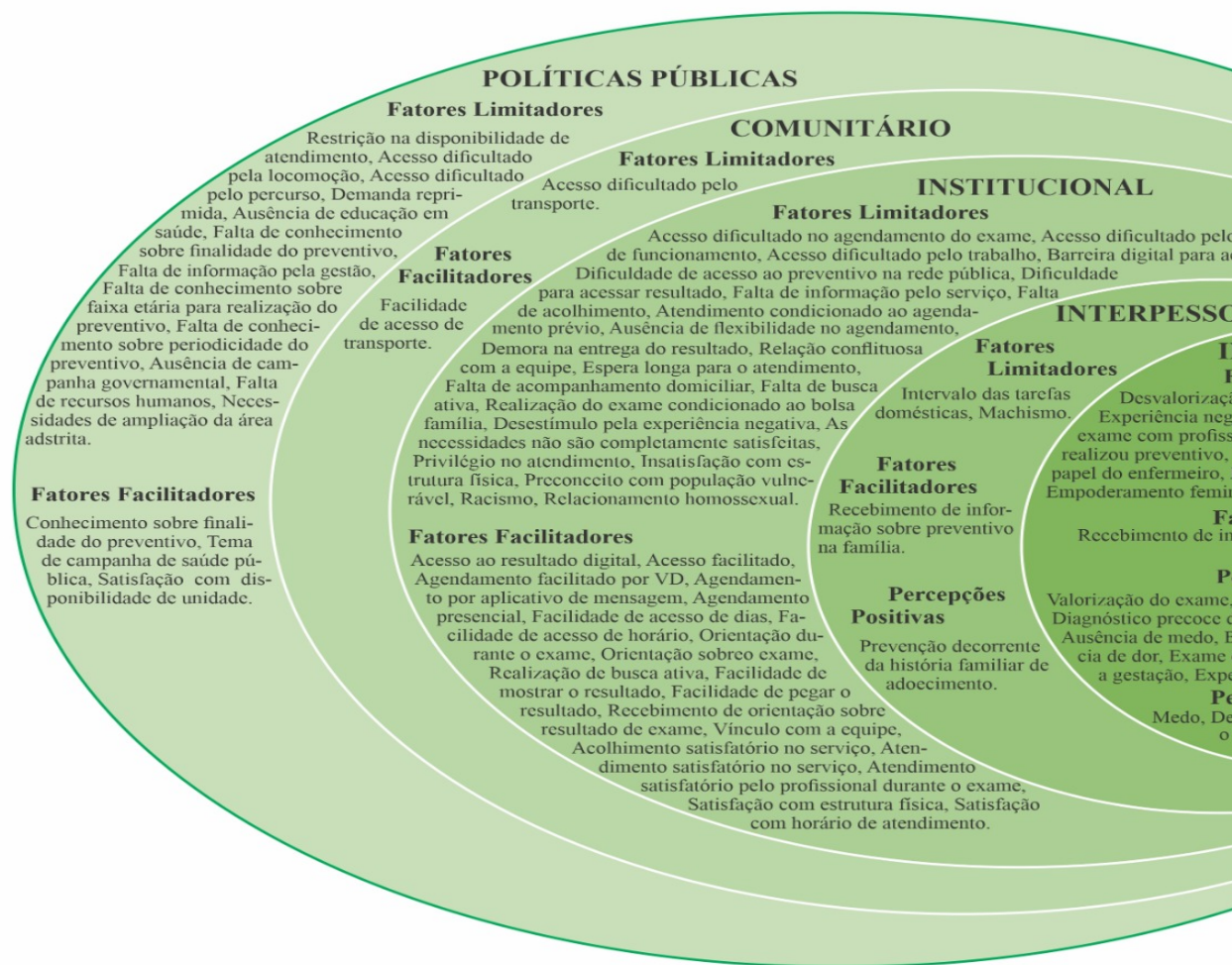
Aqui é muito bom! O governo investiu no espaço e nas mobílias. (M-7)

Acho a quantidade de [equipes] é suficiente para atender todo mundo. (M-18)

Portanto, a estrutura organizacional adequada também pode favorecer a satisfação da clientela, contribuir para atendimento qualificado das usuárias e, por conseguinte, favorecer a adesão delas ao processo de rastreamento do CCU. A estrutura adequada está relacionada com a satisfação da população por proporcionar o conforto dos usuários e os recursos e condições necessárias para as equipes prestarem a assistência (Silva; Couto, 2022).

Esse conjunto de fatores facilitadores do processo de rastreamento do CCU foram classificados de acordo com os cinco níveis do modelo socioecológico da saúde e podem ser observados na figura 3.

Figura 3 - Modelo socioecológico dos fatores relacionados com o processo de rastreamento do Câncer de Colo do Uterino e a vulnerabilidade social



Fonte: A autora, 2023.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa alcançou os objetivos propostos através da análise do processo de rastreamento do CCU na atenção primária à saúde e dos fatores relacionados à sua adesão na perspectiva das mulheres beneficiárias pelo programa federal de transferência de renda, denominado Programa Bolsa Família. Essa análise foi ancorada nos pressupostos do modelo socioecológico da saúde, com ênfase na promoção da saúde. Esse grupo social apresentou percepções positivas e negativas acerca do exame de prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e enfrentam barreiras e facilitadores do processo de rastreamento desse câncer na atenção primária.

As percepções positivas manifestaram a valorização do exame preventivo e do cuidado à saúde e de sua importância para o bem-estar e autocuidado das mulheres. Essas percepções decorreram do conhecimento sobre os benefícios do exame de rastreamento e detecção precoce do CCU, apesar da compreensão deficiente acerca de suas indicações e periodicidade prejudicarem o comportamento preventivo.

As percepções negativas expressaram sentimentos de medo, desconforto e vergonha durante o exame preventivo e revelaram a influência das determinações socioculturais relacionadas com o gênero, denotando que esse exame é ainda permeado por tabus e preconceitos pela exposição do corpo feminino. Essas percepções revelam a necessidade de políticas e programas direcionadas à equidade de gênero e ao fortalecimento da postura de acolhimento e ações educativas das equipes da ESF para incentivo da autonomia feminina, sobretudo com a oferta de informações e orientações adequadas que possibilitem ampliar a adesão aos cuidados e aos procedimentos de prevenção do CCU.

Portanto, a pesquisa possibilitou a compreensão de que as percepções das mulheres acerca do exame preventivo são influentes na tomada de decisão das mulheres para adotarem o comportamento preventivo e que a cultura ancorada no machismo e nas iniquidades de gênero são determinações sociais importantes na postura decisória de adesão à prevenção e ao rastreamento do CCU no grupo social estudado.

Embora tenha havido a retomada do investimento na expansão da ESF pela gestão municipal nos últimos anos, inclusive para ampliar a oferta do exame citopatológico do colo de útero, as barreiras do acesso ao processo de rastreamento do CCU foram proeminentes nos depoimentos das participantes e concernentes aos níveis intrapessoal, interpessoal,

institucional, comunitário e da política pública do modelo socioecológico da saúde, apesar dos fatores facilitadores tenham sido revelados.

As barreiras presentes no nível intrapessoal são a desvalorização do exame de preventivo pela mulher pelo conhecimento deficiente, experiências anteriores negativas e as dificuldades relacionadas aos papéis tradicionais do gênero feminino e ao acúmulo de responsabilidades das mulheres no âmbito familiar e laboral, que prejudicam o cuidado preventivo. Os fatores interpessoais destacaram a influência negativa do machismo e das assimetrias da relação de gênero na adesão às ações de prevenção e ao exame de rastreamento para detecção precoce do CCU.

As barreiras referentes ao nível institucional foram mais pronunciadas nas percepções das participantes e se manifestaram como acesso prejudicado ao exame preventivo e ao seu resultado, inclusive com limitações de custear e manusear dispositivos conectados à internet; demanda reprimida das usuárias para realizar o exame; deficiência de informações sobre o rastreamento do CCU e atitudes preconceituosas dos profissionais quanto ao gênero, classe e raça das usuárias.

No nível comunitário, identificou-se a dificuldade de transporte até a unidade, enquanto o nível das políticas públicas exibiu barreiras decorrentes da deficiência das campanhas de saúde pública, informações nos meios de comunicação e atividades de educação em saúde no serviço, que desfavorecem o conhecimento e a valorização da prevenção e do rastreamento do CCU pela população feminina. Essas barreiras reforçam a necessidade de fortalecer o modelo assistencial preconizado na APS e ESF, assim como do papel do profissional de saúde na assistência integral e no oferecimento de estratégias educativas para as mulheres, ressaltando assim a necessidade de desconstruir o enfoque limitado ao cumprimento das metas quantitativas dos exames preventivos coletados pelos serviços e o processo de trabalho dos profissionais centrado apenas na realização desse procedimento.

Em face dessas barreiras, faz-se necessário ampliar investimentos para a melhoria do processo assistencial das mulheres com vulnerabilidade social na atenção primária e o fortalecimento da ESF a fim de possibilitar a superação das iniquidades sociais em saúde e a obtenção de resultados exitosos em conformidade com as recomendações programáticas para prevenção do CCU. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância de incentivar a enfermagem nas ações de promoção e educação em saúde, em consideração à relevância do papel exercido pelas enfermeiras no processo de rastreamento desse câncer na atenção primária.

Apesar destas barreiras existentes terem sido recorrentes nos depoimentos, os fatores facilitadores do processo de rastreamento do CCU emergiram e decorreram dos avanços percebidos pelas entrevistadas e relacionados com a satisfação delas com a assistência recebida; facilidades para marcar e realizar o exame, inclusive para obter o seu resultado; acolhimento e o vínculo estabelecido com a equipe e agentes comunitários de saúde, juntamente com estrutura organizacional confortável e com recursos necessários ao atendimento. Esses fatores denotam que há melhorias em curso e exibem as potencialidades desse processo de rastreamento na atenção primária e ESF.

Recomenda-se, portanto, que os resultados da pesquisa sejam apreciados e discutidos pelos gestores, gerentes, profissionais e residentes da APS a fim de subsidiar as mudanças necessárias para melhoria do acesso e da assistência integral, respeitosa e acolhedora das mulheres vulneráveis no âmbito da prevenção e rastreamento do CCU, juntamente com o fortalecimento das atividades percebidas como potencialidades desse atendimento.

Como limitação do estudo, aponta-se a dificuldade de captação do grupo populacional estudado. Em razão de serem mulheres beneficiárias do programa de transferência de renda, algumas delas ficaram temerosas de participar do estudo por presumirem que as informações fornecidas pudessem colocar em risco o recebimento do benefício, apesar da orientação que a pesquisa era de cunho acadêmica e sem qualquer relação com o cadastro das beneficiárias desse programa.

Espera-se que o estudo favoreça reflexões e debates entre os atores sociais interessados na temática da prevenção e rastreamento do CCU, inclusive entre as mulheres e os movimentos sociais organizados em defesa da saúde feminina, e que suscite novos estudos para ampliar o conhecimento sobre o tema e a proposição de processos mais eficazes para as mulheres com vulnerabilidade social.

Quanto à área do ensino, espera-se que os resultados da pesquisa estimulem o debate sobre a qualidade da formação profissional para a adequada aquisição de competências e atitudes cognitivas, técnicas e relacionais pelos futuros profissionais, contribuindo assim para a melhoria da assistência à saúde feminina, com ênfase na equidade social e de gênero, e das ações de prevenção do câncer no âmbito da atenção primária e saúde da família.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Daniela Ferreira; DANTAS, Tiane da Silva; CAZEIRO, Cristine Coelho; ACOSTA, Daiane Ferreira; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira. Vivenciando o exame papanicolau: entre o (não) querer e o fazer. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 11, n. 8, p. 3031-3038, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i8a110206p3031-3038-2017>.
- AGÉNOR, Madina. Future Directions for Incorporating Intersectionality into Quantitative Population Health Research. *Am J Public Health*, v. 110, n. 6, p. 803-806. DOI: <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2020.305610>.
- AGÉNOR, Madina; ABOUD, Sarah; DELGADILLO, Jazmine Garcia; PÉREZ, Ashley; PEITZMEIER, Sarah; BORRERO, Sonya. Intersectional nativity and racial/ethnic disparities in human papillomavirus vaccination initiation among U.S. women: a national population-based study. *Cancer Causes Control*, v. 29, p. 927-936, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10552-018-1069-1>
- AGÉNOR, Madina; KRIEGER, Nancy; AUSTIN, S. Bryn; HANEUSE, Sebastien; GOTTLIEB, Barbara R. At the intersection of sexual orientation, race/ethnicity, and cervical cancer screening: Assessing Pap test use disparities by sex of sexual partners among black, Latina, and white U.S. women. *Social Science & Medicine*, v. 116, p. 110-118, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.039>.
- AGUILAR, Rebeca Pinheiro; SOARES, Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista - BA. *Physis*, n. 25, v. 2, p. 359-379, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200003>.
- ALENCAR, Maria Lais Sousa; MENDES, Anderson Nogueira; CARVALHO, Maria Teresa da Silva. Dificuldades enfrentadas para realização do exame ginecológico preventivo. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 26, n. 1, p.75-79, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190407_140613.pdf. Acesso em: 31 de janeiro de 2024.
- ALONSO LS. O modelo biomédico dos corpos brancos cisheteronormativos e as barreiras de acesso à saúde para os corpos desviantes. *Revista Estudos Literários – UFRJ*, v. 4, n. 10, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/estudoslibertarios/article/view/49660>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.
- ALVARENGA, José de Oliveira; SOUSA, Maria Fátima de. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. *Saúde debate*, v. 46, n. 135, p. 1077-1092, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509>.
- ANDRADE, Magna Santos; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de; ARAÚJO, Tânia Maria de; SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 1, p. 111-120, 2014. DOI:

ANJOS, Eduarda Ferreira dos; ANDRADE, Kaue Batista; MARTINS, Poliana Cardoso; PAIVA, Jamille Amorim Carvalho; PRADO, Nilia Maria de Brito Lima; SANTOS, Adriano Maia dos. Atuação de profissionais de saúde e qualidade das ações no controle de câncer cervicouterino: um estudo transversal. *Escola Anna Nery*, v. 26, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0137>.

Araujo M.L, Sousa HR, Rocha HS, Gomes BMG, Mura, Pinho MDM, Santos JC. O enfermeiro na realização do exame de Papanicolau: obstáculos e a percepção da mulher. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, e574101523685, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.236851>.

ARAUJO, Luciene Marques; PENNA, Lucia Helena Garcia; CARINHANHA, Joana Iabrudi; COSTA, Cristiane Maria Amorim. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, p. 1-7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34262>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANÇA JÚNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Heraldo César. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Org.). *Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

AZEVEDO E SILVA G, DAMACENA GN, RIBEIRO CM, ALCANTARA LLM, SOUZA JR PRB, SZWARCOWALD CL. Exame de Papanicolaou no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 e 2019. *Rev Saude Publica*. 2023;57:55. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004798>.

AZEVEDO E SILVA, Gulnar; ALCANTARA, Luciana Leite de Mattos; TOMAZELLI, Jeane Glaucia; RIBEIRO, Caroline Madalena; GIRIANELLI, Vania Reis; SANTOS, Édnei Cesar; CLARO, Itamar Bento; ALMEIDA, Patty Fidelis de; LIMA, Luciana Dias de. Avaliação das ações de controle do câncer de colo do útero no Brasil e regiões a partir dos dados registrados no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 7, p. 1-15, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT041722>.

Barreiras na implementação das diretrizes de detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero no Brasil. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, v. 29, n. 4, p. 1-21, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290402>.

BATISTA, Eraldo Carlos; MATOS, Luís Alberto Lourenço; NASCIMENTO, Alessandra Bertasi. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, v. 11, n 3, p. 23-38, 2017. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17910>. Acesso em: 31 de janeiro de 2024.

BAZARGAN, Mohsen; BAZARGAN, Shahrzad H.; FAROOQ, Muhammad; BAKER, Richard S. Correlates of cervical cancer screening among underserved Hispanic and African-American women. *Preventive Medicine*, v. 39, n. 3, p. 465-473, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.05.003>.

BINKA, Charity; NYARKO, Samuel H.; AWUSABO-ASARE, Kofi; DOKU, David T. Barriers to the Uptake of Cervical Cancer Screening and Treatment among Rural Women in Ghana. *Biomed. Res. Int.*, v. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1155%2F2019%2F6320938>.

BITTENCOURT, Liliane de Jesus; SANTANA, Karine de Sousa Oliveira; SANTOS, Débora Santa Mônica. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. *Saúde Em Debate*, v. 47, n. 137, p. 31-41, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313702>.

BOGDANOVA, Anna; ANDRAWOS, Charles; CONSTANTINO, Constantina. Cervical cancer, geographical inequalities, prevention and barriers in resource depleted countries. *Oncology Letters*, v. 23, n. 4, p. 113, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3892/ol.2022.13233>.

BONALUME, Claudia Cristina. Mulheres, lazer e família: atravessamentos. *Revista Brasileira de Ciência do Esporte*, v. 45, p. 1-7, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/rbce.45.e20220065>

Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health*, v. 102, n. 7, p. 1267-1273, 2012. DOI: <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2012.300750>.

BRANKOVIĆ, Ivan; VERDONK, Petra; KLINGE, Ineke. Applying a gender lens on human papillomavirus infection: cervical cancer screening, HPV DNA testing, and HPV vaccination. *International Journal for Equity in Health*, v. 12, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186%2F1475-9276-12-14>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama /* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2ª ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia para acompanhamento das condicionalidades de saúde: Programa Auxílio Brasil [recurso eletrônico] /* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] /* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 483/GM de 1 de abril de 2014*. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 874/GM, de 16 de maio de 2013*. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica /* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer*. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); 2011.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.

CALISTRO, Monyelle de Oliveira; TEIXEIRA, Ygor; LACERDA, Izabel Ricabelle Argentino Silva; SOUSA, Samara Mendes de; AGOSTINHO NETO, João; DUAVY, Sandra Mara Pimentel; BRITO JÚNIOR, Francisco Elizauo de. Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2141-2148, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39402020>.

CAMARA, Samuel Façanha Camara; SILVA, Felipe Roberto da; PINTO, Francisco Roberto. Vulnerabilidades sociais do litoral cearense: mapeamento das localidades atingidas pelo maior derramamento de petróleo (2019-2020) na costa Sul-Americana. *Caderno de Geografia*, v. 30, n. 62, p. 817-840, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.2318-2962.2020v30n62p817>.

CAMPOS, Angélica Atala Lombelo; NEVES, Felipe Silva; SALDANHA, Rafael de Freitas; DUQUE, Kristiane de Castro Dias; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamane. Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 66-76, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000280295>.

CAMPOS, Edemilson Antunes de; CASTRO, Lidiane Mello de; CAVALIERI, Francine Even de Sousa. Corpo e significado para um grupo de mulheres que realizaram o Papanicolaou. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 8, p. 419-41, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/120>. Acesso em: 31 de janeiro de 2024.

CARBIN, M; EDENHEIM, S. The intersectional turn in feminist theory: A dream of a common language? *European Journal of Women's Studies*. 2013;20(3):233-248. doi:10.1177/1350506813484723.

CARCINO, Ramon S.; SU, Zhaohui; MESA, Ruben; TOMLINSON, Gail E.; WANG, Jing. The Impact of COVID-19 on Cancer Screening: Challenges and Opportunities. *JMIR Cancer*, v. 6, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.2196/221697>.

CARMO, Andressa Daiana Nascimento do; SILVA, Silvia Lanziotti Azevedo da; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva. Análise temporal de indicadores da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da Política Nacional da Atenção Básica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 8, p. 1-16, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT042523>.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, 2018, v. 34, p. 1-14, n. 3 DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>.

CARRAPATOSO, Susana; SILVA, Paula; COLAÇO, Paulo; CARVALHO, Joana. Perception of the neighborhood environment associated with walking at recommend intensity and volume levels in recreational senior walkers. *Journal of Housing For the Elderly*, v. 32, p. 107-126, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1393485>.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes; CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza; GOMES, Cristiane Faccio; BENNEMANN, Rose Mari. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista Do Serviço Público*, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>.

CERQUEIRA RS, SANTOS HLPC, PRADO NMBL, BITTENCOURT RG, BISCARDE DGS, SANTOS AM. Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em

países sul-americanos: revisão sistemática. 2022;46:e107. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.107>

CHAN, Chee Kai; AIMAGAMBETOVA, Gulzhanat; UKYBASSOVA, Talshyn; KONGRTAY, Kuralay; AZIZAN, Azliyati. Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer: Epidemiology, Screening, and Vaccination-Review of Current Perspectives. *Journal of Oncology*, v. 46, n. 133, p. 1-12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1155%2F2019%2F3257939>.

CLARO, Itamar Bento; LIMA, Luciana Dias de; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4497-4509, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11352021>.

COSTA, Ana Maria. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenzura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 979-1009.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e misto**. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2021.

CRUZ, César Torres. Usos conceituais de gênero e vulnerabilidade nas políticas públicas para o Papilomavírus Humano (HPV) e Câncer Cervical no México. *Saúde debate*, v. 46, n. 133, p. 318-330, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213305>.

DAMIANI, Elizabethe; SILVA, Ana Laura Nogueira Nunes; SILVEIRA, Gabriela Machado; SILVA, Jordana Caroline Dias; SOUSA, Laila Caroline Silva; CARNEIRO, Luiza Amaral; SILVA, Carlos Corrêa; GIL, Flávio Rocha; REIS, Juliana Ribeiro Gouveia; AMÂNCIO, Natália de Fátima Gonçalves. Conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo uterino: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 364-381, 2021. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-030>.

DARJ, Elisabeth; CHALISE, Pratibha; SHAKYA, Sunila. Barriers and facilitators to cervical cancer screening in Nepal: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, v. 20, p. 20-26, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.02.001>.

DE ALMEIDA, Karina Isabel Vieira. Desigualdade Social E Câncer Do Colo Do Útero: Uma Revisão Sistemática. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, v. 16, n. 1, p.1-15, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23409>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

DIAS, Ernandes Gonçalves; CARVALHO, Beatriz Celestino de; ALVES, Naiara Silva; CALDEIRA, Maiza Barbosa; TEIXEIRA, Jeisabelly Adrienne Lima. Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero em Unidades de Saúde. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v9i1.3472.p1-6.2021>.

DIAS, Francine de Souza; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SILVA, Lenir Nascimento da. Deficiência e capacitismo: uma agenda nacional inconclusa para a 17ª Conferência Nacional de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 1-5, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT068723>

DIAS, Thais Figueirêdo; SILVA, Marciele de Lima; LEITE, Airton César; SILVA, Mariana Pereira Barbosa; SANTOS, Samuel Lopes dos; MOURA, Layanne Cavalcante de; SILVA,

Gabriel Oliveira da; SANTOS, Allan Bruno Alves de Sousa; OLIVEIRA, Angelica Ribeiro do Nascimento; APOLINÁRIO, Joelma Maria dos Santos da Silva; RIBEIRO FILHO, Moacir Andrade; BARROSO, Marianna Leite. Fatores socio-culturais que podem interferir na realização do exame citológico. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 8, p. 75861-75874, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-013>.

DIMENSTEIN, Magda; CIRILO NETO, Maurício. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. *Pesquisas e práticas psicossociais*, v. 15, n. 1, p. 1-17, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100002. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

DUARTE, Daniela de Almeida Pereira; BUSTAMANE-REIXEIRA, Maria Teresa. Social Iniquity and Mortality Related to Breast and Cervical Cancers: an Integrative Review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 10, n. 3, p. 877-888, 2018. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.877-888>.

FARIA, Rivaldo Mario de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciências & saúde coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>.

FAVERIN, Emily; CORRÊA, Rafael Domingues; CAROZA, Renata; LIMA, Francisco Matheus Fontes de; MARCOMINI, Isabela; SOBREIRA, Luiza; VIDAL, Ana Clara Umbelino do Nascimento Cortizo. Hegemonia do patriarcado numa perspectiva etológica e outros sistemas sociais contemporâneos. *Psicologia USP*, v. 33, p. 1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e220039>.

FERNANDES, Livia; SILVA, Ingrid Pinheiro da . Impactos da fake news sobre a vacinação do HPV em meninas de 9 a 14 anos. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 4, n. 4, p. 29-34, 2023. DOI: <https://doi.org/10.51161/integrar/remis/3868>.

FERNANDES, Noêmia Fernanda Santos; GALVÃO, José Ribas; ASSIS, Marluce Maria Araújo; ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Caderno de Saúde Pública*, v. 35, n. 10, p. 1-19, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00234618>.

FERREIRA, Janise Braga Barros; SANTOS, Luciane Loures dos; RIBEIRO, Luciana Cisoto; FRACON, Belkiss Rolim Rodrigues; WONG, Sabrina Wong. Vulnerability and Primary Health Care: An Integrative Literature Review. *Journal of Primary Care & Community Health*, v. 12, p. 1-13, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F21501327211049705>.

FERREIRA, Márcia de Castro Martins; NOGUEIRA, Márcio Círio; FERREIRA, Letícia de Castro Martins; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF. *Ciências & saúde coletiva*, v. 27, n. 6, p. 2291-2302, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17002021>.

FERREIRA, Maria do Carmo; SARTI, Flávia Mori; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Social inequalities in the incidence, mortality, and survival of neoplasms in women from a municipality in Southeastern Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. 1-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00107521> .

FONSECA, Thaís Aurora Alves; DA SILVA, Daniela Tamires Alves; DA SILVA, Maria Tatiane Alves. Distribuição dos óbitos por câncer de colo do útero no Brasil. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1362275>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

FRAGA, Brena Luiza Gomes de; BEZERA, Karine de Castro; SANTIAGO, Ticiane Santana Gomes; RIBEIRO, Camila Lima; SOUZA, Joice Fabrício de. Desmistificando a coleta citopatológica: uma forma de prevenir o câncer de colo do útero. *Nursing – Edição Brasileira*, v. 26, n. 303, p. 9841-9844, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i303p9841-9844>.

FRANCISCO, Ana Cássia da Silva; GODOI, Sueli. Transversalidade de gênero: política pública de saúde para mulheres. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 5, p. 50331-50343, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv.v7i5.30047>.

FRUGOLI, Alice Gomes; PRADO, Raquel de Souza; SILVA, Tercia Moreira Ribeiro da; MATOZINHOS, Fernanda Penido; TRAPÉ, Carla Andrea; LACHTIM, Sheila Aparecida Ferreira. Vaccine fake news: an analysis under the World Health Organization's 3Cs model. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 55, p. 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020028303736>.

GALVÃO JR, ALMEIDA PFD, SANTOS AMD, FERNANDES NFS. Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. *Physis*, 2019;29(4):e290404. Available from: <https://doi.org/10.1590/S010373312019290404>

Galvão MTRLS, Janeiro JMSV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME rev. min. Enferm*, 2013. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>.

GARNEY, Whitney Garney; WILSON, Kelly; AJAYI, Kobi V.; PANJWANI, Sonya; LOVE, Skylar M.; FLORES, Sara; GARCIA, Kristen; ESQUIVEL, Christi. Social-Ecological Barriers to Access to Healthcare for Adolescents: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 8, p. 4138, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18084138>.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo; *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GÓES, Emanuelle Freitas; MENEZES, Greice M. S.; ALMEIDA, Maria da Conceição C.; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de; ALVES, Sandra Valongueiro; ALVES, Maria Teresa Seabra Britto e; AQUINO, Estela M. L. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 1, p. 1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>.

GRABOVSKI, Cristina; LOIGNON, Christine; FORTIN, Martin. Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, v. 13, p.1-11, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186%2F1472-6963-13-94>.

GURGEL, Lucineide Coqueiro; SOUSA, Alex Alves Sobral de; SOUSA, Carmelita Maria Silva; BRITO, Eulina Alves Sousa; LEITE, Reilanne Santana Sousa; SANTANA, Willma José de; VIEIRA, Patrícia Dore. Percepção de mulheres sobre o exame de prevenção de colo de útero Papanicolau: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Multidisciplinar e de*

Psicologia, v. 13, n. 46, p. 434-445, 2019. DOI:
<https://doi.org/10.14295/idonline.v13i46.1895>.

HAIER, Joerg; SCHAEFERS, Juergen. Economic Perspective of Cancer Care and Its Consequences for Vulnerable Groups. *Cancers*, v. 14, n. 13, p. 3158, 2022. DOI:
<https://doi.org/10.3390/cancers14133158>

HEILBORN, Maria Luiza; RODRIGUES, Carla. Gênero: breve história de um conceito. *Aprender-Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação*, n. 20, 2018.
<https://periodicos2.uesb.br/index.php/aprender/article/view/4547>

HOLANDA, Joyce Carolyne Ribeiro de; ARAÚJO, Maria Helloysa Herculano Pereira de Oliveira; NASCIMENTO, Wezila Gonçalves do; GAMA, Maeli Priscila Alves; SOUSA, Claudia Santos Martiniano. Uso do protocolo de saúde da mulher na prevenção do câncer de colo do útero. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 35, 2021. DOI:
<http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.39014>.

HULL, Reisha Hull; OLIVEIRA, Rita de; ZAIDELL, Lisa. Ecological models of health behavior. In: GLANZ, Karen; RIMER, Barbara K.; VISWANETH, K. (Org). *Health behavior and health education*. 4^a ed. São Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008. p. 466-485.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Internet já é acessível em 90,0% dos domicílios do país em 2021*. Agência IBGE- Notícias. 16 de outubro de 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34954-internet-ja-e-acessivel-e0-0-dos-domicilios-do-pais-em-2021>. Acesso em: 16 de novembro de 2023.

IGLESIAS, Gabriela Abasto; LARRUBIA, Laís Guimarães; CAMPOS NETO, Antônio de Siqueira; PACCA, Felipe Colombelli; IEMBO, Tatiane. Conhecimento e adesão ao Papanicolau de mulheres de uma rede de Atenção Primária à Saúde. *Rev. ciênc. méd.*, v. 8, n. 1, p. 21-30, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047801>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

INDICADORESESTRATÉGICOS-APS. *SUBPAV*, 2023. Disponível em:
<https://subpav.org/index.php>. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Detecção precoce do câncer*. – Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). *Coordenação Geral de Ações Estratégicas*. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do 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.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). *Tipos de câncer*. Instituto Nacional do Câncer, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-uterio>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

JANG, Soy Hyun. Social-ecological factors related to preventive behaviors during the COVID-19 pandemic in South Korea. *PLoS One*, v. 17, n. 3, s/p, 2022. DOI:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266264>.

JOHNSON, Michael; WAKEFIELD, Chris; GARTHEB, Kelly Ann . Qualitative socioecological factors of cervical cancer screening use among transgender men. *Preventive Medicine Report*, v. 17, p. 1-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.pmedr.2020.101052>.

KAUFMANN, Luana Cristina; FRANÇA, Andrea Ferreira Ouchi França; ZILLY, Adriana Zilly; FERREIRA, Helder; SILVA, Rosane Meire Munhak da. Repercussões da pandemia de COVID-19 no exame preventivo de câncer de colo uterino: percepção de enfermeiros. *Esc Anna Nery*, v. 27, p. 1-8, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0401pt>.

KOCK, Kelson de Souza; RIGHETTO, Andressa; MACHADO, Marcos de Oliveira. Vulnerabilidade social feminina e mortalidade por neoplasias da mama e colo do útero no Brasil. *Revista Saúde e Ciência online*, v. 9, n. 2, p. 64-77, 2020. DOI: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/427/398>.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia científica*. 7ª ed. São Paulo Atlas, 2016.

LANFER, Hanna Luetke; REIFEGERSTE, Doreen. Embracing challenging complexity: exploring handwashing behavior from a combined socioecological and intersectional perspective in Sierra Leone. *BMC Public Health*, v. 21, 1857, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11923-1>.

LAWSON, Angela K.; MARSH, Erica E. Hearing the Silenced Voices of Underserved Women: The Role of Qualitative Research in Gynecologic and Reproductive Care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 44, n. 1, p. 109-120, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016%2Fj.ogc.2016.11.005>.

LIMA, Bruno Guilherme da Silva; LOPES, Ione Maria Ribeiro Soares. *Aconselhamento em Saúde para maior adesão aos exames de prevenção do câncer do colo do útero das usuárias da UBS- Pirajá no Município de Caxias-MA*. 2021. 13 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2021.

LIMA, Jacqueline Martins; LIMA, Leilson Lira de; ARAGÃO, Vitória Silva de; CASTRO JÚNIOR, André Ribeiro de; SILVA, Maria Rocincide Ferreira da. "Eu me sinto tipo invadida": Vivências com o exame papanicolau e o cuidado de enfermagem. *Nursing*, v. 26, n. 296, p. 9232-9245, jan.2023. <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2989/3594>

LOPES, Viviane Aparecida Siqueira; RIBEIRO, José Mendes. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 9, p. 3431-3442, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.32592017>.

LUA, Iracema; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de Almeida; ARAÚJO, Tânia Maria de Araújo; SOARES, Jorgana Fernanda de Souza Soares; SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes. Autoavaliação Negativa Da Saúde Em Trabalhadoras De Enfermagem Da Atenção Básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 3, p. 1301-1319, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00160>.

MAIA, Melanie Noël; SILVA, Rhayane Peres de Oliveira da; SANTOS, Laís Pimenta Ribeiro dos. A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-10, 2018. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1633](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1633).

MARTÍNEZ-ANDRÉS, María; BARTOLOMÉ-GUTIÉRREZ, Raquel; RODRÍGUEZ-MARTÍN, Beatriz; PARDO-GUIJARRO, María Jesús; GARRIDO-MIGUEL, Miriam; MARTÍNEZ-VIZCAÍNO, Vicente. Barriers and Facilitators to Leisure Physical Activity in Children: A Qualitative Approach Using the Socio-Ecological Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 9, s/p, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093033>.

MARTINS, Leandro Mendes; OLIVEIRA, Adriana de Aquino; ROCHA, Maria Clara Veiga da; FLORIANO, Amanda de Almeida; VIRGINIO, Daniel; FASSARELLA, Bruna Porath Azevedo; RIBEIRO, Wanderson Alves; COUTINHO, Vanessa Vicente Alves. Incidência e repercussão do câncer de colo uterino em mulheres negras no município de queimados - rj. *Revista Científica Multidisciplinar*, v. 2, n. 4, p. 1-18, 2021. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i4.227>

MASCARENHAS, Mikaela Santos; FARIA, Luan Viana; MORAIS, Lorena Pinholi de; LAURINDO, Davi da Costa; NOGUEIRA, Mário Círio. Conhecimentos e Práticas de Usuárias da Atenção Primária à Saúde sobre o Controle do Câncer do Colo do Útero. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 66, n. 3, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.1030>.

MCLEROY, Kenneth R.; BIBEAU, Daniel; STECLER, Allan; GLANZ, Karen. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ. Q.*, v. 15, n. 4, p. 351–377, 1988. DOI: <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>.

MELO, Ester Marcele Ferreira de; LINHARES, Francisca Márcia Pereira; SILVA, Telma Marques da; PONTES, Cleide Maria; SANTOS, Alessandro Henrique da Silva; OLIVEIRA, Sheyla Costa de. Cervical cancer: knowledge, attitude and practice on the prevention examination. *Rev Bras Enferm*, v. 72, n. 3, p. 25-31, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0645>.

MENEGHEL, Stela Nazareth; BARBIANI, Rosangela; STEFFEN, Helenita; WUNDER, Ana Paula; ROZA, Marisa Dalla; ROTERMUND, Juliana; BRITO, Sarita; KORNDORFER, Carla. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 955-963, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400018>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. *Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, v. 3, n. 2, p. 221-224, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000200013>.

MIRANDA, Avanilde Paes; Rezende, Emilly Veloso; ROMERO, Natália Stephane Alves. Percepção e adesão das mulheres quanto ao exame citopatológico. *Nursing*, v. 21, n. 246, p. 2435-2438, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969216>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

MORAIS, Rinaldo Macedo de; TRONTO, Reinaldo; FERREIRA, Janise Braga Barros; COSTA, André Lucirton Costa. Um modelo para estruturação de equipes de Atenção Primária à Saúde baseado em árvore-B. *Physis*, v. 31, n. 1, p. 1-23, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320114>.

MUSA, Jonah; ACHENBACH, Chad J. Achenbach; O'DWYER, Linda C.; EVANS, Charlesnika T.; MCHUGH, Megan; HOU, Lifang; SIMON, Melissa A.; MURPHY, Robert L.; JORDAN, Neil. Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, v. 12, n. 9, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183924>.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes; SOUZA, Tania Vignuda de; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; SILVA, Liliâne Faria da. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.

NUCHE-BERENGUER, Bernardo; SAKELLARIOU, Dikaios. Socioeconomic determinants of cancer screening utilisation in Latin America: A systematic review. *Plos One*, v. 14, n. 11, s/p, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225667>.

OLIVEIRA, Elda de; COUTO, Marcia Thereza; SEPARAVICH, Marco Antônio Alves; LUIZ, Olinda do Carmo. The contribution of intersectionality on understanding young men's health-disease and care in contexts of urban poverty. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. 1-15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180736>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. Geneva: OMS; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Acesso em: 20 de setembro de 2022.

OUN, Musab A.; BACH, Christian. Qualitative Research Method Summary. *Journal of Multidisciplinary Engineering Science and Technology*, v. 1, n. 5, s/p, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/270272375_Qualitative_Research_Method_Summary. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

PEDROSA, Michele. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 3, p. 1-14, 2005. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfcl\(3\)12](https://doi.org/10.5712/rbmfcl(3)12).

PEREIRA, Jessica de Souza; OLIVEIRA, Érika Patrícia Oliveira de; TEIXEIRA, Jessica de Lira; AVIZ, Luciana Emanuelle de; SILVA, Karina Borges da; RAIOL, Ianny Ferreira; MIRANDA, Shirley Aviz de; ARAUJO, Maria Rute de Souza; SOUZA NETO, Juliana Raiyanni. Tecnologia no cuidado como instrumento de diagnóstico do câncer no colo do útero: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 42, p. 1-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2260.2020>.

PEREZ, Olívia Cristina; RICOLDI, Arlene Martinez. A quarta onda feminista: interseccional, digital e coletiva. *Revista Estudos Feministas*, v. 31, n. 3, p. 1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n383260>.

Physical activity in older adults: an ecological approach. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 51, p. 159-169, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9837-1>.

Poleshuck E, Perez-Diaz W, Wittink M, ReQua M, Harrington A, Katz J, Juskiewicz I, Stone JT, Bell E, Cerulli C. Resilience in the midst of chaos: Socioecological model applied to women with depressive symptoms and socioeconomic disadvantage. *J Community Psychol*. 2019 Jun;47(5):1000-1013. doi: 10.1002/jcop.22188. Epub 2019 Apr 18. PMID: 30999386; PMCID: PMC6944280.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, Suely (Org). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 259-269.

Prather C, Fuller TR, Marshall KJ, Jeffries WL 4th. The Impact of Racism on the Sexual and Reproductive Health of African American Women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016 Jul;25(7):664-71. doi: 10.1089/jwh.2015.5637. Epub 2016 May 26. PMID: 27227533; PMCID: PMC4939479.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. *Índice de Progresso Social (IPS) no Município do Rio de Janeiro - 2020 (Janeiro/2021) – Instituto Pereira Passos/Diretoria de Informações Geográficas*: Jan, 2021.

PRIMO, Walquíria Quida Salles Pereira; SPECK, Neila Maria de Góis; ROTELI-MARTINS, Cecília Maria; FERNANDES, César Eduardo; SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da. Call to Eliminate Cervical Cancer in the Next Decade with a Focus on Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 43, n. 01, p. 1-2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1722939>.

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo; MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de. Modelo de Crenças em Saúde e o rastreio do câncer do colo uterino: avaliando vulnerabilidades [Health Belief Model and cervical cancer screening: assessing vulnerabilities]. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 25, p. 1-7, 2017. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26436>.

RAMALHO, Katiane de Souza; SILVA, Silvaneide Tenório da; LIMA, Silvania Maria de; SANTOS, Marli de Araújo. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais*, v.1, n.1, p. 11-22, 2012. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/462>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

RICHI, Angela Weber; SCHMIDT, Alberto Souza; VENTURINI, Jonas Cardona. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. *Revista Produção Online*, v, 10, n. 3, p. 649-669, 2010. DOI: <https://doi.org/10.14488/1676-1901.v10i3.405>.

RICO, Ana María; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de saúde pública*, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146512>.

RIZA, Elena; KARAKOSTA, Argira; TSIAMPALIS, Thomas; LAZAROU, Despoina; KARACHALIOU, Angeliki; NTELIS, Spyridon; KARAGEORGIOU, Vasilios; PSALTOPOULOU, Theodora. Knowledge, Attitudes and Perceptions about Cervical Cancer Risk, Prevention and Human Papilloma Virus (HPV) in Vulnerable Women in Greece. *Int J Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 18, s/p, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186892>.

ROCHA, Marcella Diana Helfenstein Albeirice da; MORAIS, Joerlane Barbosa; CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; ROCHA, Patrícia Fernandes Albeirice da; SAITER, Rebeca. Prevenção do câncer de colo de útero na consulta de enfermagem: para além do papanicolau. *Revista Cereus*, v. 12, n. 1, p. 50-63, 2020. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2089>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

ROCHA, Marcella Diana Helfenstein Albeirice da; MORAIS, Joerlane Barbosa; CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; ROCHA, Patrícia Fernandes Albeirice da; SAITER, Rebeca. Prevenção do câncer de colo de útero na consulta de enfermagem: para além do papanicolau. *Revista Cereus*, v. 12, n. 1, p. 50-63, 2020. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2089>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

Rodrigues, FC *et al.* Direitos humanos e saúde da mulher negra: revisão literária dos fatores associados ao câncer de colo uterino no Brasil, 2021.

Rodrigues, G. A., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Pereira, A. V., Marchiori, G. R. S., Oliveira, M. L. B., & Costa, D. D. A. da S.. (2023). PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO REALIZADA POR MÉDICOS E ENFERMEIRAS NO BRASIL. *Cogitare Enfermagem*, 28, e86717. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86717>.

RODRIGUES, Julliana Luiz; FALCÃO, Marcia Thereza Couto. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. *Saúde E Sociedade*, v. 30, n. 1, p. 1-14, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021181062>.

RODRIGUES, Talita. *Política de saúde da mulher comemora 25 anos*. FICRUZ, 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruzbr/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>. Acesso em: 25 de janeiro de 2024.

ROMA, Júlio César. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Ciência e Cultura*, v. 71, n. 1, p.33-39, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602019000100011>.

RUFFO, Milena Limp Mourão; PIMENTEL, Thaiane Netto Lacerda; MARTINS, Nathália Alvarenga; PAIVA, Carla Cardi Nepomuceno de. The protagonism of women in cervical and breast cancer screening. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 4, p. 1-7, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27223>.

RUNGE, Ava S.; BERNSTEIN, Megan E.; LUCAS, Alexa N.; TEWARI; Krishnansu S. Cervical cancer in Tanzania: A systematic review of current challenges in six domains. *Gynecologic Oncology Reports*, v. 29, p. 40-47, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gore.2019.05.008>.

SAEED, Sidra; ASIM, Muhammad; SOHAIL, Malik Muhammad. Fears and barriers: problems in breast cancer diagnosis and treatment in Pakistan. *BMC Womens Health*, v. 21, n. 1, p.151, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01293-6>.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. *Metodologia de pesquisa*. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Alanda Maria Rodrigues; HOLANDA, Juliana Bento de Lima; SILVA, Jovânia Marques de Oliveira; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; SILVA, Elizabel Melo. Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres para prevenção. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 28, n. 2, p. 153-159, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p153>.

SANTOS, Ana Karolina Munno. *Aconselhamento em saúde e plano de intervenção para obtenção de maior adesão das usuárias da PSF do município de Couto Magalhães de Minas aos exames de prevenção do câncer de colo de útero*. 2014. 36 f. Monografia (Especialização)

em Atenção Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2014.

SANTOS, Jeferson Nascimento dos; GOMES, Rosilene Souza. Sentidos e Percepções das Mulheres acerca das Práticas Preventivas do Câncer do Colo do Útero: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 68, n. 2, p. 1-9, 2022. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n2.1632>.

SANTOS, Lander dos; STEVANATO, Kely Paviani; ROSZKOWSKI, Igor; PEDROSO, Raíssa Bocchi; PELLOSO, Fernando Castilho; FREITAS, Karina Maria Salvatore; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; PELLOSO, Sandra Marisa. Impact of the Covid-19 Pandemic on Women's Health in Brazil. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, v. 18, n. 14, p. 3205-3211, 2021. DOI: <https://doi.org/10.2147%2FJMDH.S322100>.

SANTOS, Renta Oliveira Maciel dos; RAMOS, Danielle Nogueira; MIGOWSKI, Arn.

SANTOS, Roniélha Moreira dos Santos; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 709-715, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648973017>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

SCHOON, Patricia M.; KRUMWIEDE, Kelly. A holistic health determinants model for public health nursing education and practice. *Public Health Nursing*, v. 39, n. 5, p. 1070-1077, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/phn.13063>.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, 1995.

Silva LA, Freitas AS, Müller BCT, Magalhães MJS. Conhecimento e prática de mulheres atendidas na atenção primária a saúde sobre o exame papanicolaou. 2021 jan/dez; 13:1013-1019. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9845>.

Silva, Helena CB e Lima, Telma CS. Racismo institucional: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social. *Revista Katálisis*, v. 24, n. 2, p. 331-341, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77586>.

SILVA, Istéfani Luciene da Silva; MARCOLINO, Camilla Vilela. Percepção de mulheres residentes em Barreiras (BA) quanto ao rastreamento do câncer de colo do útero. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 101-122, 2023. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2023.v47.n2.a3434>.

SILVA, Mayara D.T.; MARQUES, Renata B.; COSTA, Leandro O. Câncer de colo de útero: barreiras preventivas no século 21. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 7610–7626, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-300>.

SILVA, Sílvio Éder Dias da; VASCONCELOS, Esleane Vilela; SANTANA, Mary Elizabeth de; RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; MAR, Dayse Farias; CARVALHO, Francilene da Luz. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, v. 44, n. 3, p. 554-560, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300002>.

SIMELELA, Princess Nothemba. WHO global strategy to eliminate cervical cancer as a public health problem: An opportunity to make it a disease of the past. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 152, p. 1-3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13484>.

SOUSA, Gabriela Amaral de; VIANA, Juliana Nascimento; SOUZA, Celsa da Silva Moura; MOYSÉS, Rosana Pimentel Correia. Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero no Amazonas: uma Análise da Prevenção ao Tratamento de Lesões Precursoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 3, p. 1-7, 2021. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1282>.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>.

Souza MGG, Santos I, Silva LA. Educação em saúde e ações de autocuidado como determinantes para prevenção e controle do câncer. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 out. 2022. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>.

SOUZA, Marcio Costa de; TRINDADE, Kamila Freitas; SERPA, Evelin Duarte; SANTOS, Débora Lopes dos; MERCES, Magno Conceição das. SANTOS, Milene Pereira de Souza. A (in)visibilidade do racismo estrutural no cuidado em saúde: percepção de mulheres negras com câncer de mama. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, v. 21, n. 2, p. 15-22, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v21i2.1660>.

SRIVASTAVA, Anand Narain; MISRA, Jata Shankar; SRIVASTAVA, Shruti; DAS, Bhudav C.; GUPTA, Shilpi. Cervical cancer screening in rural India: Status & current concepts. *Indian Journal of Medical Research*, v. 148, n. 6, p. 687-696, 2018. DOI: https://doi.org/10.4103%2Fijmr.IJMR_5_17.

SUNG, Hyuna; FERLAY, Jacques; SIEGEL, Rebecca L.; LAVERSANNE, Mathieu; SOERJOMATARAM, Isabelle; JEMAL, Ahmedin; BRAY, Freddie. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v 71, p. 209- 249, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.

TALLON, Blenda; MONTEIRO, Denise; SOARES, Leila; RODRIGUES, Nádia; MORGADO, Flávio. Tendência da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016). *Saúde em Debate*, v. 44, n. 125, p. 362-371, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012506>.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. From gynaecology offices to screening campaigns: a brief history of cervical cancer prevention in Brazil. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, v. 22, n. 1, p. 221-239, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100013>.

TEIXEIRA, Luiz. (Org). *Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015.

THORTON, Christina M.; KERR, Jacqueline; CONWAY, Terry L.; SAELENS, Brian E.; SALLIS, James F.; AHN, David K.; FRANK, Lawrence D.; CAIN, Kelli L.; KING, Abby.

TIMMERMANS, Y. E. G.; KANT, K. D. G.; KRUMEICH, J. S. M.; ZIMMERMANN, L. J. I.; DOMPELING, E.; KRAMER, B. W.; MAASSEN, L. L. J.; SPAANDERMAN, M. A. E.;

VREUGDENHIL, A. C. E. Socio-ecological determinants of lifestyle behavior of women with overweight or obesity before, during and after pregnancy: qualitative interview analysis in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 20, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2786-5>.

TRAEBERT, Jefferson; SILVA, Rafaela Ramos; MORAES, Alan de Jesus Pires de; SEEMANN, Mayara; TRAEBERT, Guilherme de Azevedo; TRAEBERT, Eliane; NUNESm Rodrigo Dias. Fatores Associados à não Realização de Colpocitologia Oncótica nas Capitais da Região Sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*, v. 66, n. 3, p. 656-662, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1425022>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2024.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200004>.

YE, Bo.; GAO, Junling; FU, Hua. Associations between lifestyle, physical and social environments and frailty among Chinese older people: a multilevel analysis. *BMC Geriatrics*, v. 18, n. 10, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0982-1>. Acesso em: 13 de outubro de 2019.

APÊNDICE A – Perfil sociodemográfico das participantes

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
IDADE	41	49	30	36	26	34	42	31	40	47
ORIENTAÇÃO SEXUAL	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO	BISSEXUAL	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO
ESCOLARIDADE	MÉDIO COMPLETO	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	MÉDIO INCOMPLETO	MÉDIO COMPLETO	FUNDAMENTAL COMPLETO	MÉDIO COMPLETO	SUPERIOR INCOMPLETO	MÉDIO COMPLETO	FUNDAMENTAL COMPLETO	FUNDAMENTAL COMPLETO
ESTADO CIVIL	UNIÃO ESTÁVEL	SOLTEIRA	SOLEIRA	UNIÃO ESTÁVEL	UNIÃO ESTÁVEL	SOLTEIRA	CASADA	SOLTEIRA	SOLTEIRA	CASADA
COR	PARDA	PRETA	PRETA	PARDA	PARDA	PRETA	PARDA	BRANCA	BRANCA	PRETA
RESIDENTES DOMICÍLIO	3	1	6	4	8	4	5	3	6	2
TIPO MORADIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA
ATIVIDADE LABORAL	DESEMPREGADA	INFORMAL	DESEMPREGADA	FORMAL	DESEMPREGADA	INFORMAL	DESEMPREGADA	INFORMAL	DESEMPREGADA	DESEMPREGADA
RENDA	600,00	1000,00	700,00	1400,00	850,00	840,00	680,00	1400,00	1000,00	600,00
MENARCA	11	10	14	12	16	13	9	13	13	15
SEXARCA	13	15	18	16	20	17	14	15	14	16
GESTA PARA	2	6	3	4	2	2	5	2	5	3
ABORTO	2	2	3	3	1	2	3	2	4	1
FILHOS VIVOS	0	2	0	1	1	0	2	0	1	2
FILHOS MENORES	2	3	3	3	3	2	3	2	4	1
FILHOS MENORES	2	0	3	3	1	2	1	2	2	0
DOENÇAS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
DOENÇA GINECOLÓGICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
IDADE 1º PREVENTIVO	14	40	19	17	NUNCA FEZ	17	14	16	12	20
ÚLTIMO PREVENTIVO	3 ANOS	3 ANOS	3 ANOS	6 MESES		1 ANO	1 ANO	6 MESES	6 MESES	3 ANOS

	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20
IDADE	25	58	34	37	47	47	48	28	50	45
ORIENTAÇÃO SEXUAL	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO	HOMO	HÉTERO	HÉTERO	HÉTERO
ESCOLARIDADE	MÉDIO COMPLETO	MÉDIO COMPLETO	MÉDIO COMPLETO	MÉDIO INCOMPLETO	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	MÉDIO COMPLETO	MÉDIO INCOMPLETO	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	FUNDAMENTAL COMPLETO
ESTADO CIVIL	CASADA	VIUVA	UNIÃO ESTÁVEL	CASADA	UNIÃO ESTÁVEL	UNIÃO ESTÁVEL	SOLTEIRA	UNIÃO ESTÁVEL	CASADA	CASADA
COR	PARDA	PRETA	BRANCA	PARDA	PRETA	PRETA	BRANCA	BRANCA	BRANCA	PRETA
RESIDENTES DOMICÍLIO	4	1	3	5	2	7	1	3	4	1
TIPO MORADIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA	ALVENARIA
ATIVIDADE LABORAL	DESEMPREGADA	DESEMPREGADA	FORMAL	DESEMPREGADA	DESEMPREGADA	FORMAL	DESEMPREGADA	INFORMAL	INFORMAL	DESEMPREGADA
RENDA	1200,00	600,00	1340,00	1800,00	3000,00	3000,00	600,00	3062,00	4600,00	600,00
MENARCA	11	13	17	11	11	12	11	9	11	15
SEXARTA	18	18	18	15	17	15	21	14	23	21
GESTA PARA	2	2	2	3	2	4	0	3	3	2
ABORTO	2	3	1	3	1	4	0	3	2	2
FILHOS VIVOS	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
FILHOS MENORES	2	3	1	3	1	4	0	3	2	2
FILHOS MENORES	2	0	1	2	0	0	0	3	1	0
DOENÇAS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
DOENÇA GINECOLÓGICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
IDADE 1º PREVENTIVO	NUNCA FEZ	21	18	16	18	16	NÃO LEMBRA	16	23	23
ÚLTIMO PREVENTIVO	NUNCA FEZ	3 ANOS	2 ANOS	6 MESES	6 MESES	1 ANO	6 MESES	2 ANOS	2 ANOS	2 ANOS

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturado

Nº da Entrevista: _____ Data: ____/____/____ Código da Participante: _____

Hora de Início: _____ Hora de Término: _____

1. Apresentação dos objetivos da Pesquisa

2. Caracterização da participante

Idade: _____ anos Gênero (Identidade): _____ Orientação Sexual _____

Nível de Escolaridade: _____

(sem instrução; ensino fundamental incompleto/completo; ensino médio incompleto/completo; ensino superior incompleto/completo)

Estado civil (com ou sem companheiro!): _____

Cor da pele autodeclarada: _____

Quantas pessoas moram com você? _____

Tipo de moradia? _____ -

Tipo de Atividade laboral (informal ou formal): _____ -

Renda mensal familiar: _____

Menarca: _____ Sexarca: _____

Gesta ____ Para ____ Aborto ____

Ser ficou grávida, número de filhos vivos: _____

Número de filhos menores de idade: _____

Presença morbidade/doença clínica atual: _____

Presença morbidade/doença ginecológica: _____

Idade em que fez o primeiro exame preventivo: _____

Tempo do último exame preventivo realizado: _____

3. Questões relativas ao objeto de pesquisa

3.1. Conte-me sobre o que você pensa acerca do exame preventivo.

3.2. Fale-me acerca dos motivos pelos quais esse exame preventivo é recomendado. E qual a frequência que mulher precisa realizá-lo?

3.3. Conte-me as experiências ou as situações mais marcantes para você quando fez o exame preventivo.

3.4. Explique-me sobre o processo para realizar o exame preventivo, desde a saída de sua casa até a chegada na unidade de saúde.

Indagar as facilidades ou dificuldades no acesso à unidade, considerando:

- Condições de acesso à unidade de saúde (considerar também as condições relativas ao meio familiar/trabalho/percurso e transporte);
- Percepção acerca do agendamento (esclarecer como foi feito);
- Recebimento de informações sobre o exame;

3.5. Conte-me sobre o atendimento do profissional durante o exame preventivo.

Indagar comportamentos e atitudes durante o exame, considerando:

- Recepção e acolhimento do profissional de saúde;
- Percepção acerca do atendimento recebido
- Recebimento de informações e orientações pelo profissional

3.6. Explique-me como ocorre o recebimento do resultado do exame preventivo.

Indagar comportamentos e atitudes na recepção do resultado, considerando:

- Recebimento de informações sobre o resultado;
- Como você fica sabendo do resultado após realização do exame;
- Compreensão acerca das informações do resultado

3.7 Fale-me agora sobre o que você pensa acerca das condições que as mulheres em geral têm para realizar o exame preventivo

- Disponibilidade de unidades de saúde na região;
- Orientações oferecidas quanto ao exame preventivo (inclui campanhas governamentais na mídia);
- Atendimento oferecido pelos profissionais;
- Condições das unidades de saúde para oferecer o atendimento;
- Horários e dias de atendimento das unidades (inclusive para as trabalhadoras)
- Captação das mulheres que não realizam o exame preventivo;

Questionar se a participante quer acrescentar mais informações e agradecer

APÊNDICE C – Termo de Autorização Institucional

SAÚDE TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE

A CLÍNICA DA FAMÍLIA ANA GONZAGA da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: PROCESSO DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVAS DAS MULHERES EM VULNERABILIDADE SOCIAL, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE LOPES DA INSTITUIÇÃO UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo. No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 07/12/2022.

ALINE NUNES PEREIRA ASSUMPCÃO
Gerente de Serviços de Saúde
CPF: 129.192.797-26

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Sr. (a)

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa de mestrado intitulado “**Processo de rastreamento do câncer do colo uterino na atenção básica: perspectivas das mulheres em vulnerabilidade social**”, conduzido pela Enf.ª Gabriela Cristine Cavalcante Lopes, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UERJ. Esta pesquisa tem por objetivos gerais: analisar o processo de rastreamento do câncer do colo do útero na atenção básica e seus fatores relacionados na perspectiva das mulheres em vulnerabilidade social e identificar os fatores relacionados com o rastreamento do câncer do colo do útero na atenção básica para esse grupo feminino vulnerável; e os objetivos específicos são: descrever as percepções das mulheres com vulnerabilidades sociais acerca do processo de rastreamento do câncer colo do útero na atenção básica, caracterizar as barreiras para prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino segundo essas mulheres.

Você foi selecionada por ser mulher, beneficiária do programa social Auxílio Brasil e estar no grupo preconizado para realizar o rastreamento do câncer do colo do útero. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um roteiro de entrevista, que será conduzida pela pesquisadora responsável e terá uma duração média de 30 (trinta) minutos. A entrevista será gravada em áudio. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Embora não haja nenhuma compensação financeira, o benefício relacionado à sua participação será contribuir com o conhecimento científico sobre o tema e as fragilidades do processo de rastreamento do CCU para as mulheres vulneráveis, subsidiando os docentes da saúde e enfermagem, os profissionais e gestores da ESF para desenvolver estratégias de melhoria do cuidado para ampliação das taxas de captação das mulheres e obtenção de melhores resultados de prevenção e controle desse câncer ainda prevalente no país.

Os riscos relacionados aos procedimentos do estudo são concernentes a possíveis constrangimentos ou desconfortos causados pela emissão de suas opiniões sobre os padrões assistenciais e a gestão do serviço. A Senhora pode ficar envergonhada ou sem jeito para falar sobre alguma coisa. Caso isto aconteça, você pode pedir para não responder ou, caso já esteja respondendo, para não se aprofundar na resposta que estava dando, ou ainda, pedir para parar a entrevista.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos e instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável pela pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Enf.ª Gabriela Cristine Cavalcante Lopes – Curso de Mestrado, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu- Faculdade de Enfermagem – UERJ. Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar. Vila Isabel. 20551-030 - Rio de Janeiro – RJ. Tel: 21 965298966/2868-8236 R: 211, E-mail: gabriela.enfacf@gmail.com.

Contatos da professora orientadora da pesquisa de mestrado: Prof.ª Dr.ª Adriana Lenho de Figueiredo Pereira – Programa de Pós-graduação Stricto Sensu- Faculdade de Enfermagem – UERJ. Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar. Vila Isabel. 20551-030 - Rio de Janeiro – RJ. Tel: 21 2868- 8236 R: 211/ adrianalenho.uerj@gmail.com.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180, nosso horário, de segunda à sexta, das 10h às 16h ou Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ – Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro/RJ – Tel: (21) 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br. Nosso horário, de segunda à sexta, das 09h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Comissão de Ética em Pesquisa – SR2 – UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 3018, Bloco E. Cep: 20550-900

Tel: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro/RJ – Tel: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

APÊNDICE E – Códigos constituintes nas categorias

CATEGORIA TEMÁTICA	SUBTEMAS	CÓDIGOS CONDENSADOS	MODELO SOCIOECOLÓGICO DA SAÚDE				
			INSTITUCIONAL	INTRAPESSOAL	INTERPESSOAL	COMUNITÁRIO	POLÍTICA
			CÓDIGOS TEMA				
Categoria Temática 1: Percepções das mulheres em vulnerabilidade social acerca do exame preventivo do Câncer do Colo do Útero	Percepções positivas do exame preventivo	Valorização do exame preventivo e do cuidado da saúde feminina		Valorização do exame pela mulher (4), Benefício para saúde (8), Cuidado com a saúde (10), Diagnóstico precoce de doenças (4), Necessário para saúde da mulher (6)	Prevenção decorrente da história familiar de adoecimento (4)		
		Percepções positivas acerca do exame		Ausência de medo (2), Benefício compensam o desconforto (1), Ausência de dor (1), Exame como qualquer outro (4), Preventivo durante a gestação (1), Experiência positiva no preventivo (1)			
	Percepções negativas do exame preventivo	Medo, desconforto e vergonha durante o exame preventivo		Medo (7), Desconforto (2), Não gostar de realizar o preventivo (1), Preocupação (2), Vergonha (8)			

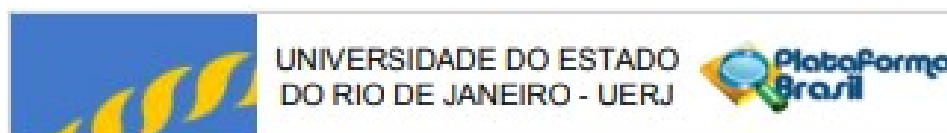
Fatores relacionados ao processo de rastreamento do Câncer de Colo do Útero	Fatores limitadores do processo de rastreamento	Desvalorização do exame preventivo e experiência negativa anterior		Desvalorização do exame pela mulher (14), Dor (4), Esquecimento (1), Experiência negativa durante a realização do exame (6), Preferência de realizar o exame com profissional do sexo feminino (1), Desleixo (2)			
		Dificuldades no acesso ao exame preventivo	Acesso dificultado no agendamento do exame (8), Acesso dificultado pelo horário de funcionamento (2), Acesso dificultado pelo trabalho (2), Barreira digital para acessar resultado (3) , Dificuldade para acessar resultado (5), Dificuldade de acesso ao preventivo na rede pública (3)	Nunca realizou preventivo (2), Preventivo atrasado (2)		Acesso dificultado pelo transporte (4)	Restrição na disponibilidade de atendimento (4), Acesso dificultado pela locomoção (2), Acesso dificultado pelo percurso (2), Demanda reprimida (7)

		Informações limitadas acerca da prevenção do câncer do colo uterino	Falta de informação pelo serviço (17)	Desconhecimento do papel do enfermeiro (2)			Ausência de educação em saúde (3), Falta de conhecimento sobre finalidade do preventivo (16), Falta de informação pela gestão (8), Falta de conhecimento sobre faixa etária para realização do preventivo (5), Falta de conhecimento sobre periodicidade do preventivo (18), Ausência de campanha governamental (2)
		Barreiras do processo assistencial: espera prolongada e seguimento prejudicado	Falta de acolhimento (2), Atendimento condicionado ao agendamento prévio (2), Ausência de flexibilidade no agendamento (1), Demora na entrega do resultado (2), Relação conflituosa com a equipe (1), Espera longa para o atendimento (4), Falta de acompanhamento domiciliar (1), Falta de busca ativa (11), Realização do exame condicionado ao bolsa família (1), Desestímulo pela experiência negativa anterior (3), As necessidades não são completamente satisfeitas (1), Privilégio no atendimento (1)				

		Estrutura organizacional inadequada	Insatisfação com estrutura física (1)				Falta de recursos humanos (3), Necessidades de ampliação da área adstrita (1)
		Posturas profissionais preconceituosas	Preconceito com população vulnerável (1), Racismo (1), Relacionamento homossexual (1)				
		Dificuldades associadas a questões de gênero		Dificuldades pelos afazeres do dia (1) Empoderamento feminino (1)	Intervalo das tarefas domésticas (3), Machismo (4)		
Fatores facilitadores do processo rastreamento		Acesso facilitado ao atendimento	Acesso ao resultado digital (7), Acesso facilitado (13), Agendamento facilitado por VD (3), Agendamento por aplicativo de mensagem (7), Agendamento presencial (8), Facilidade de acesso de dias (8), Facilidade de acesso de horário (10)			Facilidade de acesso de transporte (1)	
		Informações acessíveis sobre a prevenção do câncer do colo uterino	Orientação durante o exame (4), Orientação sobre exame (2)	Recebimento de informação sobre preventivo pela internet (1), Escolarização (2)	Recebimento de informação sobre preventivo na família (1)		Conhecimento sobre finalidade do preventivo (4), Tema de campanha de saúde pública (4)

		Potencialidades do processo assistencial: vínculo com a equipe e satisfação com o atendimento	Realização de busca ativa (1), Facilidade de mostrar o resultado (6), Facilidade de pegar o resultado (5), Recebimento de orientação sobre resultado de exame (7), Vínculo com a equipe (1), Acolhimento satisfatório no serviço (9), Atendimento satisfatório no serviço (8), Atendimento satisfatório pelo profissional durante o exame (16)				
		Estrutura organizacional adequada	Satisfação com estrutura física (9), Satisfação com horário de atendimento (3)				Satisfação com disponibilidade de unidade (4)

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de rastreamento do câncer do colo uterino na atenção básica: perspectivas das mulheres em vulnerabilidade social

Pesquisador: GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE LOPES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67020022.3.0000.5282

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

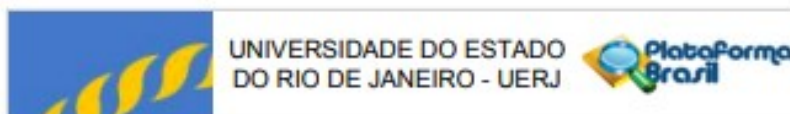
Número do Parecer: 5.884.469

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado: Processo de rastreamento do câncer do colo uterino na atenção básica: perspectivas das mulheres em vulnerabilidade social, de autoria da pesquisadora GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE LOPES, com equipe de pesquisa composta por ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA. Todas as informações para a elaboração deste parecer foram retiradas do projeto de pesquisa e das INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2057713.pdf de 18/01/2023.

Estudar os fatores relacionados com o processo de rastreio de câncer de colo uterino das mulheres que constituem a população-alvo das políticas de saúde brasileiras, contribuindo para revelar as falhas dessa ação de saúde pública e subsidiar possíveis estratégias de melhoria da qualidade da assistência no nível da atenção básica, uma vez que o adequado controle do CCU depende da ESF estar organizada e acessível a toda população de seu território, sobretudo para as mulheres com vulnerabilidades sociais. Busca, portanto, possibilitar a compreensão dos possíveis entraves ou dificuldades desse grupo social em particular e, assim, propiciar subsídios para melhorias na equidade do acesso, na implementação dos protocolos de rastreamento e no seguimento do CCU para uma prevenção mais eficaz, contribuindo para revelar as falhas dessa ação de saúde pública e subsidiar possíveis estratégias de melhoria da qualidade da assistência no nível da atenção básica. A partir da problemática descrita, emergiram as seguintes questões norteadoras: Como o processo de rastreamento do câncer do colo uterino ocorre na atenção básica na perspectiva das mulheres em vulnerabilidade social?

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. 51 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: cep@erj.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.884.469

Método: este estudo terá um delineamento descritivo de abordagem qualitativa. Será realizado em uma Unidade Básica de Saúde com cobertura da ESF no Município do Rio de Janeiro e a população será constituída por mulheres em vulnerabilidades sociais.

Os critérios de inclusão na pesquisa serão: mulheres com idade entre 25 a 64 anos, beneficiárias do programa federal de transferência de renda, usuárias de serviço da rede básica com Estratégia de Saúde da Família implantada e que são elegíveis a realizar periodicamente o processo de rastreamento do CCU na UBS. Serão excluídas as mulheres com limitações de suas funções de comunicação oral ou auditiva e/ou cognitiva. A seleção da amostragem será aleatória simples.

A técnica de coleta de dados será através de entrevista individual que será realizada com auxílio de um roteiro, dividido em duas partes, sendo a primeira relativa à caracterização das participantes e a segunda parte constará questões a respeito do processo de captação dessas mulheres para o rastreamento do câncer de colo de útero, abordando as seguintes dimensões: organizacional, simbólica e técnica.

Para análise dos dados será adotada a Análise Temática (AT) proposta por Braun e Clarke. A análise dos dados encontrados será realizada por meio do modelo socioecológico. Os resultados esperados buscam responder os objetivos propostos e contribuir com o conhecimento sobre a temática.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem por objetivos gerais: analisar o processo de rastreamento do câncer do colo do útero na atenção básica e seus fatores relacionados na perspectiva das mulheres em vulnerabilidade social e identificar os fatores relacionados com o rastreamento do câncer do colo do útero na atenção básica para esse grupo feminino vulnerável; e os objetivos específicos são: descrever as percepções das mulheres com vulnerabilidades sociais acerca do processo de rastreamento do câncer colo do útero na atenção básica, caracterizar as barreiras para prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino segundo essas mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

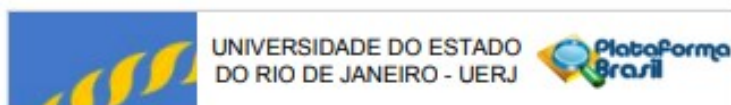
Riscos:

Os riscos relacionados aos procedimentos do estudo são concernentes a possíveis constrangimentos ou desconfortos causados pela emissão de suas opiniões sobre os padrões assistenciais e a gestão do serviço.

Benefícios:

Embora não haja nenhuma compensação financeira, o benefício relacionado à participação será

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: coep@uerj.br



Continuação do Parecer: 5.886.469

contribuir com o conhecimento científico sobre o tema e as fragilidades do processo de rastreamento do CCU para as mulheres vulneráveis, subsidiando os docentes da saúde e enfermagem, os profissionais e gestores da ESF para desenvolver estratégias de melhoria do cuidado para ampliação das taxas de captação das mulheres e obtenção de melhores resultados de prevenção e controle desse câncer ainda prevalente no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem fundamentada, com objetivos claros, e de extrema relevância para a área da Saúde Coletiva/Saúde Pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram devidamente apresentados e estão adequados (Folha de Rosto, Informações da Plataforma Brasil, Projeto de pesquisa, TAI, TCLE, instrumento de coleta de dados, cronograma e orçamento).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UERJ deliberou pela aprovação deste projeto, visto que não há implicações éticas.

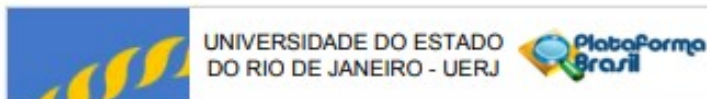
Contudo recomendamos a substituição para o email correto de nosso CEP UERJ: COEP@er2.uerj.br.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para fevereiro de 2024. O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP UERJ deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP UERJ recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: coep@er2.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.884.489

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2057713.pdf	18/01/2023 19:49:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcir.pdf	18/01/2023 19:48:17	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE LOPES	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	14/12/2022 21:56:51	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Outros	CurriculoLattesAdriana.pdf	14/12/2022 21:55:25	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Outros	curriculolattesGabriela.pdf	14/12/2022 21:41:50	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	14/12/2022 21:39:57	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeAnuencialInstitucional.pdf	14/12/2022 21:36:57	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/12/2022 21:32:32	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	07/12/2022 22:29:27	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	07/12/2022 22:28:52	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito

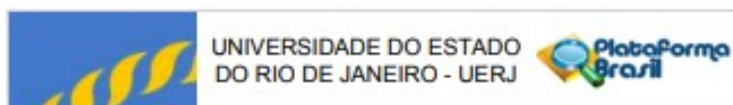
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: cosp@uerj.br



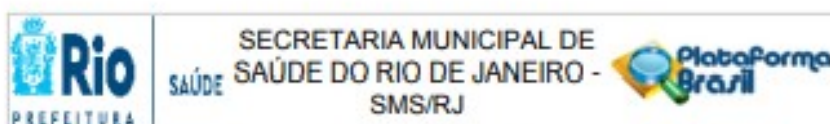
Continuação do Protocolo: 5.884.489

RIO DE JANEIRO, 09 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: coep@re2.uerj.br

**ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
do Município do Rio de Janeiro**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de rastreamento do câncer do colo uterino na atenção básica: perspectivas das mulheres em vulnerabilidade social

Pesquisador: GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE LOPES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67020022.3.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.021.728

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas e documentos encaminhados pelo pesquisador em retorno às pendências enumeradas no Parecer Consubstanciado CEP SMS RJ N°. 5.943.35, emitido em 14 de março de 2023.

Conforme informações disponibilizadas no documento

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2057713.pdf" segue a apresentação do projeto de pesquisa.

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

A pesquisa será realizada em uma Unidade Básica de Saúde com cobertura da ESF e localizada na zona oeste do município do Rio de Janeiro.

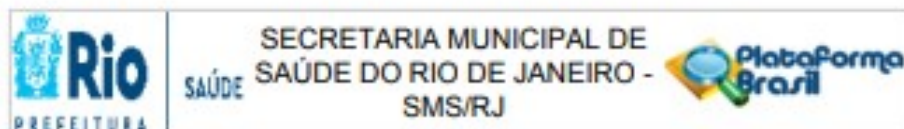
As participantes do estudo serão as mulheres com vulnerabilidades sociais e que são elegíveis a realizar periodicamente o processo de rastreamento do CCU na UBS.

Nesta pesquisa, o recrutamento da amostra intencional será realizado mediante a inscrição da família da mulher como beneficiária de programa federal de transferência de renda, atualmente denominado Programa Auxílio Brasil. A coleta de dados será através de entrevista individual com auxílio de um instrumento.

Portanto será realizada entrevista não estruturada.

As entrevistas serão gravadas em mídia digital e contará com o suporte de um roteiro

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.021.728

semiestruturado.

Também contará com um bloco de notas para auxiliar nas anotações durante a entrevista. As entrevistas acontecerão durante os grupos realizados na unidade e se encerrarão com a saturação dos dados. Antes do início da coleta de dados, será realizado o teste piloto do instrumento de pesquisa, com população com características similares na unidade.

As entrevistas serão transcritas na íntegra e os dados tabulados pela própria pesquisadora, cada participante entrevistado será identificado por uma letra do alfabeto brasileiro e as entrevistas identificadas por um número sequencial.

Assim sendo, primeiramente as entrevistas serão transcritas e, em seguida, será procedida a leitura flutuante do material gerado pelo primeiro contato com os dados brutos, seguida da releitura e anotações das ideias principais identificadas. Em seguida, será realizada a identificação dos códigos sistematicamente de todo o conteúdo e reunir os extratos importantes de cada código.

Subsequente a isto, os códigos destacados serão agrupados a cada tema, previamente definidos, categorizando-os em temas nos níveis de influências: individual, interpessoal, institucional, comunitário e político. Seguidamente será criado um mapa temático da análise. Por fim será realizado o relatório científico da análise dos dados encontrados. As interpretações serão desenvolvidas de acordo com o enquadramento teórico-conceitual da pesquisa e com os achados do estudo acerca do assunto estudado. Sua análise será realizada por meio do modelo socioecológico.

Para análise dos dados será adotada a Análise Temática (AT) proposta por Braun e Clarke (2006).

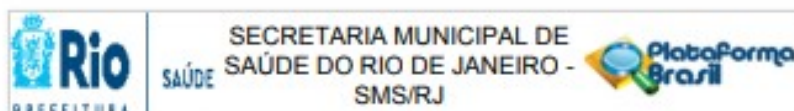
Os resultados serão demonstrados através de quadros que serão construídos a partir da síntese dos temas e subtemas identificados, com os seus respectivos códigos e extratos dos códigos, assim como o quantitativo de mesmos. Complementarmente, será elaborado um quadro com a caracterização do perfil das mulheres estudadas.

Haverá também a apresentação de cada categoria ou tema, com a sua descrição, detalhando a sua composição e síntese descritiva de seus sentidos e significados, trazendo como exemplos os códigos e fragmentos dos depoimentos mais ilustrativos.

E por fim, será construído um fluxograma categorial baseado no modelo socioecológico apresentando as barreiras e facilitadores para o processo de rastreamento do CCU encontrados no estudo.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ e Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde – RJ para apreciação

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepamsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.021.728

e a coleta de dados somente terá início após a autorização destas instâncias. Os princípios da legislação de ética em pesquisa serão aqui obedecidos em concordância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Para a realização das entrevistas as participantes da pesquisa deverão autorizar a utilização dos dados, através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juntamente com a assinatura da pesquisadora. As gravações das entrevistas deverão ser autorizadas pelas participantes.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

A pesquisa será realizada em uma Unidade Básica de Saúde com cobertura da ESF e localizada na zona oeste do município do Rio de Janeiro. As participantes do estudo serão as mulheres com vulnerabilidades sociais e que são elegíveis a realizar periodicamente o processo de rastreamento do CCU na UBS.

Nesta pesquisa, o recrutamento da amostra intencional será realizado mediante a inscrição da família da mulher como beneficiária de programa federal de transferência de renda, atualmente denominado Programa Auxílio Brasil. A coleta de dados será através de entrevista individual com auxílio de um instrumento.

Portanto será realizada entrevista não-estruturada.

As entrevistas serão gravadas em mídia digital e contará com o suporte de um roteiro semiestruturado.

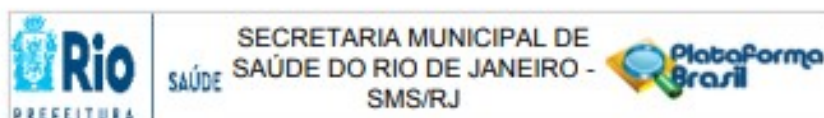
Também contará com um bloco de notas para auxiliar nas anotações durante a entrevista.

As entrevistas acontecerão durante os grupos realizados na unidade e se encerrarão com a saturação dos dados. Antes do início da coleta dados, será realizado o teste piloto do instrumento de pesquisa, com população com características similares na unidade.

As entrevistas serão transcritas na íntegra e o dados tabulados pela própria pesquisadora, cada participante entrevistada será identificada por uma letra do alfabeto brasileiro e as entrevistas identificadas por um número sequencial.

Assim sendo, primeiramente as entrevistas serão transcritas e, em seguida, será procedida a leitura flutuante do material gerado pelo primeiro contato com os dados brutos, seguida da releitura e anotações das ideias principais identificadas. Em seguida, será realizada a identificação dos códigos sistematicamente de todo o conteúdo e reunir os extratos importantes de cada

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.021.728

código.

Subsequente a isto, os códigos destacados serão agrupados a cada tema, previamente definidos, categorizando-os em temas nos níveis de influências: individual, interpessoal, institucional, comunitário e político. Seguidamente será criado um mapa

temático da análise.

Por fim será realizado o relatório científico da análise dos dados encontrados. As interpretações serão desenvolvidas de acordo com o enquadramento teórico-conceitual da pesquisa e com os achados do estudo acerca do assunto estudado.

Sua análise será realizada por meio do modelo socioecológico

Para análise dos dados será adotada a Análise Temática (AT) proposta por Braun e Clarke (2006).

Os resultados serão demonstrados através de quadros que serão construídos a partir da síntese dos temas e subtemas identificados, com os seus respectivos códigos e extratos dos códigos, assim como o quantitativo de mesmos. Complementamente, será elaborado um quadro com a caracterização do perfil das mulheres estudadas.

Haverá também a apresentação de cada categoria ou tema, com a sua descrição, detalhando a sua composição e síntese descritiva de seus sentidos e significados, trazendo como exemplos os códigos e fragmentos dos depoimentos mais ilustrativos.

E por fim, será construído um fluxograma categorial baseado no modelo socioecológico apresentando as barreiras e facilitadores para o processo de rastreamento do CCU encontrados no estudo.

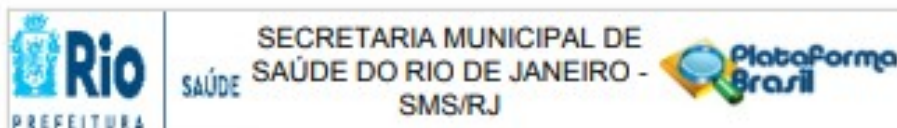
Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ e Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde – RJ para apreciação e a coleta de dados somente terá início após a autorização destas instâncias.. Os princípios da legislação de ética em pesquisa serão aqui obedecidos em concordância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Para a realização das entrevistas as participantes da pesquisa deverão autorizar a utilização dos dados, através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juntamente com a assinatura da pesquisadora. As gravações das entrevistas deverão ser autorizadas pelas participantes.

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão na pesquisa serão: mulheres com idade entre 25 a 64 anos, beneficiárias

Endereço: Rua Evaristo de Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmr@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.021.728

do programa federal de transferência de renda, usuária de serviço da rede básica com Estratégia de Saúde da Família implantada e indicação para realizar o exame citopatológico periodicamente.

Critério de Exclusão:

As excluídas serão as mulheres com limitações de suas funções de comunicação oral ou auditiva e/ou cognitiva.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme informações disponibilizadas no documento

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2057713.pdf" seguem os objetivos do projeto de pesquisa.

Objetivo Primário:

- Analisar o processo de rastreamento do câncer do colo do útero na atenção básica e seus fatores relacionados na perspectiva das mulheres em vulnerabilidade social.- Identificar os fatores relacionados com o rastreamento do câncer do colo do útero na atenção básica para esse grupo feminino vulnerável.

Objetivo Secundário:

- Descrever as percepções das mulheres com vulnerabilidades sociais acerca do processo de rastreamento do câncer colo do útero na atenção básica.
- Caracterizar as barreiras para a prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino segundo essas mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme informações disponibilizadas no documento

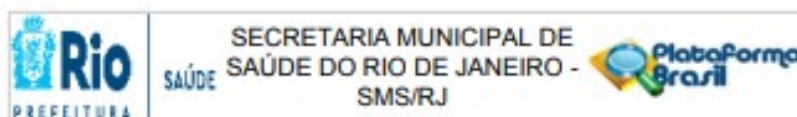
"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2057713.pdf" seguem os riscos e benefícios atrelados ao projeto de pesquisa.

Riscos:

Os riscos relacionados aos procedimentos do estudo são concernentes a possíveis constrangimentos ou desconfortos causados pela emissão de suas opiniões sobre os padrões assistenciais e a gestão do serviço.

Benefícios:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cspamerj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.021.728

Embora não haja nenhuma compensação financeira, o benefício relacionado à participação será contribuir com o conhecimento científico sobre o tema e as fragilidades do processo de rastreamento do CCU para as mulheres vulneráveis, subsidiando os docentes da saúde e enfermagem, os profissionais e gestores da ESF para desenvolver estratégias de melhoria do cuidado para ampliação das taxas de captação das mulheres e obtenção de melhores resultados de prevenção e controle desse câncer ainda prevalente no país.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Projeto de dissertação apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, linha de pesquisa: Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem. Possui aprovação emitida pela instituição proponente, CEP UERJ, Parecer Consubstanciado N° 5.884.469, emissão em 09 de fevereiro de 2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória pertinentes ao projeto foram encaminhados pelo pesquisador.

Recomendações:

Não há recomendações.

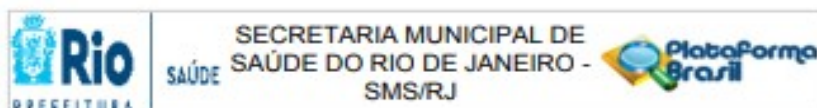
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o pesquisador responsável respondeu adequadamente aos questionamentos elencados no Parecer Consubstanciado CEP SMS RJ N°. 5.943.35, sendo assim conclui-se pela aprovação da execução do projeto de pesquisa na unidade: Clínica da Família Ana Gonzaga.

Segue a apreciação de cada pendência.

Pendência 01 - Quanto ao projeto de pesquisa em seu tópico da metodologia que afirmou necessidade de acesso ao sistema de informação sigiloso (Plataforma SUBPAV), para levantamento das mulheres que atendam o critério de inclusão (Bolsa

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer 6.031.728

Família). Sendo assim, cabe orientarmos ao pesquisador quanto à necessidade da apresentação do Termo de Compromisso para Uso de Dados (TCUD), além do Termo de anuência do gestor do banco de dados, emitindo concordância com o acesso para fins do estudo.

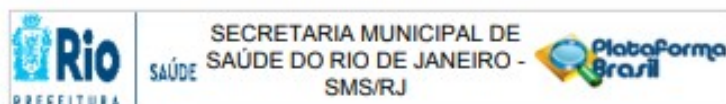
RESPOSTA DO PESQUISADOR: Houve alteração na metodologia, em que na fase de coleta de dados não haverá mais necessidade de acesso a Plataforma SUBPAV, para identificação das mulheres que atendem ao critério de inclusão (ser beneficiária do Bolsa Família). Portanto a seleção das mulheres será de forma aleatória, isto é, mulheres que estejam utilizando o serviço de saúde no dia da coleta de dados e atendam aos critérios de inclusão (ser beneficiária do Bolsa Família) e exclusão.

"No dia marcado para coleta de dados, a pesquisadora chegará à unidade e abordará as usuárias que estiverem utilizando o serviço de saúde, de forma aleatória. Se apresentará à usuária, e irá expor a proposta da pesquisa, assim como seus interesses e as razões para o desenvolvimento da pesquisa, em seguida fará a verificação dos critério de inclusão e exclusão, e convidará as participantes elegíveis para dar sequência na pesquisa, informando-as que será através de entrevista que terá duração média de 30 minutos. As mulheres que aceitarem participar do estudo serão direcionadas individualmente, juntamente a entrevistadora, ao consultório de equipe que já estará reservado previamente no dia da visita a unidade. A pesquisadora deste estudo será quem conduzirá a entrevista sem auxílio de outra pessoa. Será garantido a participante que não haverá prejuízo em seu atendimento na unidade, para o serviço que tenha buscado no dia, garantindo-lhes o atendimento subsequente a entrevista ou que seja realizado antes do atendimento."

AVALIAÇÃO DO CEP SMS RJ: Pendência atendida.

Pendência 02 - A pesquisadora deverá esclarecer como acontecerá o recrutamento dos participantes, em destaque a necessidade de descrição das ações e participação da "equipe + profissionais de saúde" citado no seguinte trecho da metodologia:
 "Posteriormente, em visita subsequente, a pesquisadora se apresentará aos funcionários, a mesma é enfermeira da ESF, mestranda e pós-graduada em saúde da família e comunidade, neste dia também acontecerá a apresentação dos objetivos e propostas do

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.031.728

estudo para a equipe de saúde, e o planejamento, junto com a equipe, das ações que serão realizadas para recrutamento das participantes para entrevista."

O pesquisador deve estar atento para não infringir a Resolução CNS No580/2018, em seu artigo 5o, que refere: "Art. 5o Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição."

RESPOSTA DO PESQUISADOR: De acordo com alteração na metodologia, não haverá mais necessidade da participação da pesquisadora nos grupos da unidade. A mesma se apresentará aos funcionários e apresentará os objetivos do estudo em reunião de equipe, para que os funcionários tenham ciência da pesquisa que está sendo realizada dentro da unidade. Também não haverá mais necessidade da participação dos funcionários para recrutamento das participantes selecionadas. "Posteriormente, em visita subsequente, a pesquisadora se apresentará aos funcionários, a mesma é enfermeira da ESF, mestranda e pós-graduada em saúde da família e comunidade, neste dia também acontecerá a apresentação dos objetivos e propostas do estudo para a equipe de saúde, e o planejamento para coleta de dados. Esse encontro deverá acontecer no dia e no horário da reunião de equipe, que já ocorre semanalmente para discussão do processo de trabalho, estudo de casos, informes e treinamentos, a ser realizado no Centro de Cultura e Ideias da Unidade e levará em média de 30 minutos. Ainda neste dia será realizada a ambientação da unidade, seleção e agendamento do consultório onde ocorrerão as entrevistas e agendamento dos dias de coleta de dados. A seleção da amostragem será aleatória simples."

"No dia marcado para coleta de dados, a pesquisadora chegará à unidade e abordará as usuárias que estiverem utilizando o serviço de saúde, de forma aleatória. Se apresentará à usuária, e irá expor a proposta da pesquisa, assim como seus interesses e as razões para o desenvolvimento da pesquisa, em seguida fará a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, e convidará as participantes elegíveis para dar sequência na pesquisa, informando-as que será através de entrevista que terá duração média de 30 minutos. As mulheres que aceitarem participar do estudo serão direcionadas individualmente, juntamente a entrevistadora, ao consultório de equipe que já estará reservado previamente no dia da visita à unidade. A pesquisadora deste estudo

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.021.728

será quem conduzirá a entrevista sem auxílio de outra pessoa. Será garantido a participante que não haverá prejuízo em seu atendimento na unidade, para o serviço que tenha buscado no dia, garantindo-lhes o atendimento subsequente a entrevista ou que seja realizado antes do atendimento."

AVALIAÇÃO DO CEP SMS RJ: Pendência atendida.

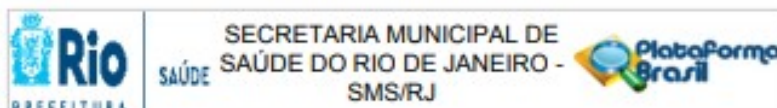
Pendência 03 - Sobre o trecho da metodologia:

"Se apresentará no início do grupo e irá expor a proposta da pesquisa, assim como seus interesses e as razões para o desenvolvimento da pesquisa e convidará as participantes elegíveis para dar sequência na pesquisa. As mulheres que aceitarem participar do estudo serão direcionadas individualmente, juntamente com a entrevistadora, ao consultório de equipe que seja estará reservado previamente no dia da visita a unidade." Lendo este trecho do projeto, não ficou claro se os potenciais participantes do estudo terão a possibilidade de participar do grupo e da entrevista de forma subsequente. O trecho aparentou que os usuários seriam "retirados" do grupo para o consultório afim de colaborar com o estudo. Solicitamos esclarecimentos.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Houve mudança na metodologia que não haverá mais participação nos grupos da unidade, as usuárias serão abordadas de forma aleatória na unidade, sendo garantido seu acesso aos serviços.

"No dia marcado para coleta de dados, a pesquisadora chegará à unidade e abordará as usuárias que estiverem utilizando o serviço de saúde, de forma aleatória. Se apresentará à usuária, e irá expor a proposta da pesquisa, assim como seus interesses e as razões para o desenvolvimento da pesquisa, em seguida fará a verificação dos critério de inclusão e exclusão, e convidará as participantes elegíveis para dar sequência na pesquisa, informando-as que será através de entrevista que terá duração média de 30 minutos. As mulheres que aceitarem participar do estudo serão direcionadas individualmente, juntamente a entrevistadora, ao consultório de equipe que já estará reservado previamente no dia da visita a unidade. A pesquisadora deste estudo será quem conduzirá a entrevista sem auxílio de outra pessoa. Será garantido a participante que não haverá prejuízo em seu atendimento na unidade, para o

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Protocolo: 6.031.728

serviço que tenha buscado no dia, garantindo-lhes o atendimento subsequente a entrevista ou anterior a entrevista.

AValiação DO CEP SMS RJ: Pendência atendida.

Pendência 04 - Quanto ao documento "APÊNDICE B", roteiro de coleta de dados do estudo solicitamos ampla revisão ou justificativa para a percepção de que existem questionamentos em duplicidade nos diversos tópicos, e o risco de cansaço e aborrecimento de responder ao questionário por parte dos participantes. Exemplo: "Recepção e acolhimento da equipe."

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Instrumento revisado e realizado devidas alterações, tais como exclusão dos questionamentos redundantes.

Segue Apêndice B: Roteiro de Entrevista Semiestruturado atualizado.

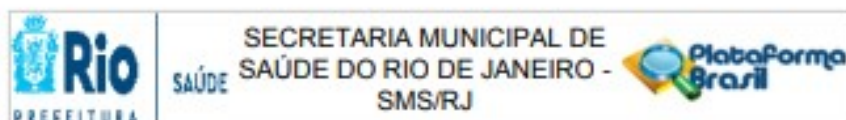
AValiação DO CEP SMS RJ: Pendência atendida.

Pendência 05 - O pesquisador deverá esclarecer o tempo de duração da entrevista, além de incluir essa informação indispensável para a decisão de participar ou não do estudo, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: Tempo médio para realização da entrevista será de 30 minutos.

No dia marcado para coleta de dados, a pesquisadora chegará à unidade e abordará as usuárias que estiverem utilizando o serviço de saúde, de forma aleatória. Se apresentará à usuária, e irá expor a proposta da pesquisa, assim como seus interesses e as razões para o desenvolvimento da pesquisa, em seguida fará a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, e convidará as participantes elegíveis para dar sequência na pesquisa, informando-as que será através de entrevista que terá duração média de 30 minutos. As mulheres que aceitarem participar do estudo serão direcionadas individualmente, juntamente a entrevistadora, ao consultório de equipe que já estará reservado previamente no dia da visita a unidade. A pesquisadora deste estudo será quem conduzirá a entrevista sem auxílio de outra pessoa. Será garantido a participante que não haverá prejuízo em seu atendimento na unidade,

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.021.728

para o serviço que tenha buscado no dia, garantindo-lhes o atendimento subsequente a entrevista ou que seja realizado antes do atendimento.

Segue alteração do APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

AVALIAÇÃO DO CEP SMS RJ: Pendência atendida.

Pendência 06 - O pesquisado responsável deverá esclarecer qual é o cenário do estudo, além de promover a correção do seguinte trecho do Projeto de pesquisa que afirma de equivocada que o Município do Rio de Janeiro está dividido em 5 áreas programáticas. "A pesquisa será realizada em uma UBS com cobertura da ESF e localizada na zona oeste do município do Rio de Janeiro, sendo essa zona a mais afastada das zonas central e sul. Esse município é dividido em cinco áreas de planejamento, denominado de áreas programáticas (AP). A zona oeste compreende a AP 4 e AP 5, abarcando as regiões de Jacarepaguá (AP 4.0), Bangu (AP 5.1), Campo Grande e Guaratiba (AP 5.2) e Santa Cruz (AP 5.3)."

RESPOSTA DO PESQUISADOR: A pesquisa será realizada em uma Clínica da Família, que é um modelo de Atenção Primária à Saúde que trabalha na Estratégia Saúde da Família, onde são realizados os exames preventivos do CCU. A unidade que será realizado o estudo, possui quatro equipes de Saúde da Família e fica localizada no bairro de Campo Grande, zona oeste do município do Rio de Janeiro, sendo essa zona a mais afastada das zonas central e sul. Esse município é dividido em 10 (Dez) áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde. São elas: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3.

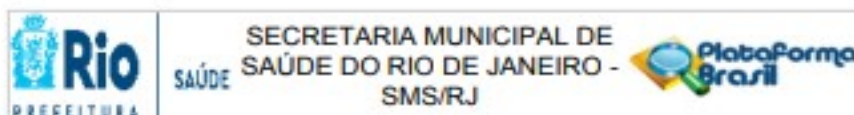
AVALIAÇÃO DO CEP SMS RJ: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (Item V.3., da Resolução CNS/MS N° 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cep@smsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.021.728

aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

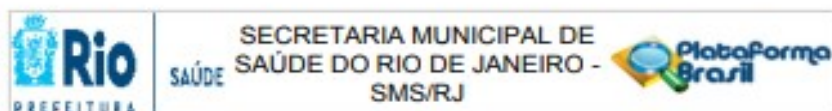
Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentadamente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR Nº 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cexparjr@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 6.031.728

dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará a critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2087325.pdf	20/03/2023 17:29:25		Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTA.pdf	20/03/2023 17:27:28	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTAAOPARECER.pdf	20/03/2023 17:27:07	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPOSCEP.pdf	20/03/2023 17:26:19	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/03/2023 17:25:44	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcir.pdf	18/01/2023 19:48:17	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE LOPES	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	14/12/2022 21:56:51	GABRIELA CRISTINE CAVALCANTE	Aceito
Outros	CurriculoLattesAdriana.pdf	14/12/2022 21:55:25	GABRIELA CRISTINE	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmarj@yahoo.com.br