

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Marina Ribeiro dos Santos

**Iniquidades raciais no acesso a exames preventivos para câncer de colo do útero no
Brasil: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (2013-2019)**

Rio de Janeiro

2022

Marina Ribeiro dos Santos

**Iniquidades raciais no acesso a exames preventivos para câncer de colo do útero no
Brasil: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (2013-2019)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia, Etnicidade e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rui Arantes.

Coorientadores: Prof. Dr. Gerson Marinho e Prof^a. Dr^a. Helena Mendes Constante.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Racial inequities in access to preventive screening for cervical cancer in Brazil - an analysis based on the National Health Survey (2013-2019).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S237i Santos, Marina Ribeiro dos.
Iniquidades raciais no acesso a exames preventivos para câncer de colo do útero no Brasil: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (2013-2019) / Marina Ribeiro dos Santos. -- 2022.
58 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientador: Rui Arantes
Coorientadores: Gerson Marinho e Helena Mendes Constante.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Racismo. 2. Disparidades em Assistência à Saúde. 3. Detecção Precoce de Câncer. 4. Teste de Papanicolaou. 5. Saúde da Mulher. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 305.80981

Marina Ribeiro dos Santos

Iniquidades raciais no acesso a exames preventivos para câncer de colo do útero no Brasil: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (2013-2019)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia, Etnicidade e Saúde.

Aprovada em: 01 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a. Karina Cardoso Meira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Escola de Saúde

Prof^a. Dr^a. Silvana Granado Nogueira da Gama

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Rui Arantes (Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

À Deus e aos espíritos de luz que me guiam. Nada seria possível sem a fé e permissão divina, para que eu conseguisse manifestar este sonho e compromisso de luta. Obrigada pela vida, saúde e disposição para trazer este trabalho ao mundo, diante de um período tão difícil com a pandemia de COVID-19.

À minha família, que me apoiou nas dificuldades e suportou nos momentos de crise. Aos meus pais, Juliane e William, que absolutamente nunca decepcionam! Não sei o que seria da minha existência se não fosse o amparo, carinho e valores que me forneceram até aqui. Aos meus avós, Nair e José (in memoriam), meus tios e tias, primos e primas e irmãos, que fizeram questão de nos manter sempre juntos, fortes e unidos, se fazendo resistência através da alegria, das palavras de consolo e carinho, do sorriso e do abraço, bem como diante de todas as dificuldades, sobretudo da perda de meu avô. Eu amo muito vocês. Vocês são meu maior motivo de orgulho.

Ao meu companheiro, Gabriel, cujo caminho se encontrou com o meu de forma rápida, inesperada e afetuosa. Obrigada pelos puxões de orelha com os prazos, pelo suporte para que eu pudesse me dedicar a este sonho e pelo desejo de construir outros sonhos a partir deste. Obrigada por ter trazido o caos para minha vida e, também, a maior paz e encontro através do amor até então.

Ao meu filho, João Ricardo. É absolutamente absurdo e impensável como um bebê tão pequeno e que ainda com tão pouco tempo de existência consiga provocar tanto sentimento e reboição dentro do coração de uma mãe. Ainda que você só tenha 7 meses de vida intrauterina, só nós sabemos tudo que passamos juntos para nos manter vivos, saudáveis e esperançosos até aqui. Você não só me apoia e dá forças para concluir esse processo... você é meu maior sonho e maior realização!

Às minhas amigas e eterna equipe Jacaroas (Rhanna, Viviane, Sofia, Sophia, Adriele e Bárbara) e amigos de faculdade (Cosme, William, Dani, Ingryd, Luisa), que me fornecem o fôlego necessário e a faísca que acende minha esperança e força de lutar e praticar um SUS que nós acreditamos. Minha eterna gratidão!!

Às minhas amigas e colegas de trabalho, à toda a família da Clínica da Família Josuete Sant'Anna de Oliveira, em especial Daiana e Munick, pelo suporte e trocas de ideia, desabafos, carinho e mostrar que é possível fazer o que acreditamos, ainda que a realidade seja muito mais dura do que parece. Ter boas companheiras é muito mais importante do que a própria batalha. Obrigada!

Às usuárias da Clínica da Família Josuete Sant'Anna de Oliveira, que tocam a minha história e permitem o confronto entre a academia e a realidade, que me permitem trazer as evidências para a prática, que me permitem cuidar de sua saúde, da forma mais respeitosa e cuidadosa que eu posso fazer.

Aos meus orientadores, Rui e Gerson. Obrigada por terem apoiado a construção desse projeto, ainda mais num período tão crítico... por serem cuidadosos e darem contribuições relevantes para o meu crescimento.

À minha orientadora, Helena. Definitivamente, uma grata surpresa do mundo acadêmico, com imensa sensibilidade e senso de importância social. Aprendi e aprendo cotidianamente com as nossas trocas e sou infinitamente feliz por ter uma profissional como você dando apoio na minha história profissional. Obrigada pelo seu olhar e pela oportunidade de trabalharmos em conjunto!

Às professoras Silvana e Karina, por terem aceitado participar da banca e por se disponibilizarem a ler e contribuir com este grande sonho. Obrigada!

Por fim, agradeço a oportunidade de ter conquistado e realizado o sonho de fundar este ciclo na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como bolsista. Para quem acredita na potência e resolutividade da saúde pública, é imensamente gratificante ter conseguido passar por todos os percalços dentro de uma instituição de renome e com apoio financeiro e acadêmico de profissionais tão incríveis, em tempos de dureza governamental e de desmonte da educação e da saúde públicas. Que este seja mais um passo de um longo caminho de luta e resistência pela defesa da vida e da saúde, sobretudo, das mulheres Negras brasileiras.

me levanto
sobre o sacrificio
de um milhão de mulheres que vieram antes
e penso
o que é que eu faço
para tornar essa montanha mais alta
para que as mulheres que vierem depois de mim
possam ver além

- legado
Rupi Kaur

RESUMO

A constituição de uma sociedade opressora, reforça a criação de hierarquias entre grupos sociais, constituindo sistemas interligados de dominação, sobretudo entre os grupos múltiplos marginalizados. Este processo de exclusão e silenciamento compromete a inserção social das mulheres negras e também impacta seu acesso aos serviços de prevenção e promoção à saúde. No Brasil, a prática do rastreamento de câncer de colo de útero (CCU) é feita com realização do exame citopatológico na faixa etária específica de 25 a 64 anos. Ainda que a implementação de políticas de prevenção do câncer tenha viabilizado o aumento na detecção do CCU precocemente no Brasil ao longo do tempo, esse aumento ocorreu de forma desigual. Utilizando dados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019, buscou-se investigar as iniquidades raciais no acesso ao exame preventivo para o câncer de colo de útero no país. Mais especificamente, esta dissertação teve como foco as mulheres que reportaram nunca terem realizado exame citopatológico. Enquanto hipóteses, presume-se que mulheres negras apresentaram maiores frequências de nunca terem realizado o exame citopatológico comparado a mulheres brancas (H1); supõe-se que as iniquidades entre raça/cor são atenuadas pelas características sociodemográficas, comportamentais, de uso e acesso aos serviços de saúde (H2); pressupõe-se que as iniquidades no acesso ao exame citopatológico entre mulheres brasileiras reduziram ao longo do tempo (H3). Os resultados observados apoiaram as hipóteses, porém não integralmente. Não se observou diferenças estatísticas entre as categorias de raça/cor após os ajustes com as características sociodemográficas, principalmente. Os resultados parecem evidenciar que a variável raça/cor não se sustenta, sozinha, ao explicar as injustiças raciais referentes aos exames preventivos. Ao considerar as populações às margens das margens, essa dissertação revela a necessidade da discussão sobre os impactos do racismo como fator predominante das injustiças na saúde da população negra brasileira. Sendo a raça/cor da pele expressão do racismo, é importante que futuros estudos considerem de que modo a intersecção da raça com outras características socioeconômicas traduzem a marginalização da população na dificuldade do acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Racismo, Disparidades em assistência à saúde, Detecção Precoce de Câncer, Teste de Papanicolau, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The constitution of an oppressive society reinforces the creation of hierarchies between social groups, constituting interconnected systems of domination, especially among multiply marginalized groups. This process of exclusion and silencing compromises the social inclusion of black women and also impacts their access to prevention and health promotion services. In Brazil, the practice of cervical cancer screening (CCS) is carried out with the cytopathological examination in the specific age group from 25 to 64 years. Although the implementation of cancer prevention policies has enabled the increase in early CCS detection in Brazil over time, this increase has occurred unevenly. Using data from the 2013 and 2019 National Health Survey, we sought to investigate racial inequities in access to cervical cancer screening in the country. More specifically, this dissertation focused on women who reported never having had a CCS. As hypotheses, it is assumed that black women had higher frequencies of never having had a CCS compared to white women (H1); it is presumed that inequities between race/color are attenuated by sociodemographic, behavioral, use and access to health services (H2); it is expected that inequities in access to CCS among Brazilian women have reduced over time (H3). The observed results supported the hypotheses, but not fully. No statistical differences were observed between the categories of race/color after adjusting for the sociodemographic characteristics, mainly. The results seem to show that the race/color variable does not hold by itself in explaining racial injustices related to preventive examinations. When considering populations on the margins of the margins, this dissertation reveals the need to discuss the impacts of racism as a predominant factor of injustices in the health of the black Brazilian population. Since race/skin color is an expression of racism, it is important that future studies consider how the intersection of race with other socioeconomic characteristics translates the marginalization of the population into the difficulty of accessing health services.

Keywords: Racism, Health Care Disparities, Early Cancer Detection, Cervical cancer screening, Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Taxas de incidência brutas estimadas de câncer de colo uterino para todas as idades, em 2020	17
Figura 2 -	Percentual de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos ao longo dos últimos cinco anos no Brasil e regiões em relação a realização desse tipo de exame em todas as faixas etárias.....	19
Figura 3 -	Fluxograma com as amostras iniciais e analíticas do desfecho referente a realização de exames preventivos para câncer de colo de útero. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.....	30
Figura 4 -	Estrutura analítica realizada para estimar a associação entre grupos de cor/raça e realização de exames preventivos contra câncer de colo de útero.....	34
Gráfico 1 -	Prevalência de não realização do exame citopatológico de acordo com a raça das mulheres de 25 a 64 anos segundo amostra analítica da PNS 2013 e 2019.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das características sociodemográficas, de comportamento, e uso e acesso aos serviços de saúde das mulheres de 25 a 64 anos segundo amostra analítica referente a realização de exame citopatológico da PNS 2013 e 2019.....	36
Tabela Suplementar 1 -	Descrição das características sociodemográficas, de comportamento, e uso e acesso aos serviços de saúde de acordo com a raça segundo amostra analítica das mulheres de 25 a 64 anos participantes da PNS 2013 e 2019.....	38
Tabela 2 -	Prevalência de não realização do exame citopatológico de acordo com raça e covariáveis investigadas nas mulheres de 25 a 64 anos segundo amostra analítica da PNS 2013 e 2019.....	41
Tabela 3 -	Associação entre categorias de raça/cor da pele e a não realização dos exames citopatológico segundo amostra analítica das mulheres de 25 a 64 anos participantes da PNS 2013.....	43
Tabela 4 -	Associação entre categorias de raça/cor da pele e a não realização dos exames citopatológicos segundo amostra analítica das mulheres de 25 a 64 anos participantes da PNS 2019.....	44
Tabela 5 -	Comparação entre os modelos de associação entre categorias de raça/cor da pele e não realização dos exames citopatológicos segundo amostra analítica das mulheres de 25 a 64 anos participantes da PNS 2013 e 2019.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCU	Câncer de Colo de Útero
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
INCA	Instituto Nacional de Câncer
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
UPA	Unidade Primária de Amostragem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	16
2.1.1	O câncer do colo do útero em números	16
2.1.2	Prevenção do câncer do colo de útero	18
2.2	INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE.....	20
2.2.1	As iniquidades sociais no processo de viver ou morrer	20
2.2.2	As iniquidades no acesso ao exame preventivo de câncer do colo de útero	22
3	OBJETIVOS	25
3.1	OBJETIVO GERAL.....	25
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	25
4	HIPÓTESES	26
5	MATERIAL E MÉTODOS	27
5.1	A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE.....	27
5.1.1	Delineamento do estudo	27
5.1.2	Procedimento de amostragem	27
5.1.3	Instrumento de coleta de dados	28
5.1.4	Comitê de ética e aprovação	29
5.2	ABORDAGEM ANALÍTICA ADOTADA NA DISSERTAÇÃO.....	29
5.2.1	Critérios de inclusão e exclusão	29
5.2.2	Variáveis investigadas	30
5.2.2.1	Variável dependente.....	30
5.2.2.2	Variável de exposição de interesse	31
5.2.2.3	Covariáveis.....	31
5.2.3	Plano de análise	32
5.2.3.1	Análise descritiva.....	32
5.2.3.2	Análise bivariada.....	33
5.2.3.3	Modelos de regressão.....	33
5.2.3.4	Análises adicionais.....	33
6	RESULTADOS	35

6.1	QUEM SÃO ESSAS MULHERES?.....	35
6.1.1	Descrição da amostra.....	35
6.1.2	Descrição das covariáveis de acordo com raça/cor segundo amostra analítica.....	37
6.2	PREVALÊNCIA NO ACESSO A EXAMES PREVENTIVOS PARA CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	39
6.2.1	Distribuição de raça/cor segundo acesso a exame preventivo de câncer de colo de útero.....	39
6.2.2	Distribuição das covariáveis segundo acesso a exame preventivo de câncer de colo de útero.....	40
6.3	O QUE A RAÇA/COR DA PELE TEM A VER COM ISSO?.....	42
6.3.1	Associação de raça e acesso a exame preventivo de câncer de colo de útero em 2013.....	42
6.3.2	Associação de raça e acesso a exame preventivo de câncer de colo de útero em 2019.....	43
6.4	“MINHA DOR É PERCEBER QUE APESAR DE TERMOS FEITO TUDO O QUE FIZEMOS, AINDA SOMOS OS MESMOS” - COMPARAÇÃO ENTRE AS INIQUIDADES RACIAIS NO ACESSO AOS EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ENTRE AS PNS DE 2013 E 2019.....	44
7	DISCUSSÃO.....	46
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	52
	ANEXO A – VARIÁVEIS INVESTIGADAS NESTA DISSERTAÇÃO COM RESPECTIVO CÓDIGO ATRIBUÍDO NA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013 E 2019.....	57

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero (CCU) é uma neoplasia frequentemente diagnosticada em mulheres no mundo todo. No Brasil, 19% das mulheres com CCU referem tê-lo tido como primeiro diagnóstico (BRASIL, 2020). Esta doença apresenta fatores de risco distintos, muitos deles relacionados ao estilo de vida e comportamentos não saudáveis (BARBOSA, 2017, DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018, INCA, 2019, THEME FILHA *et al.*, 2016), e possui disponibilidade de realização de exame preventivo que permite a detecção precoce e o tratamento de forma oportuna, o exame citopatológico.

Enquanto forma de prevenção secundária, o Brasil adota a prática do rastreamento em populações assintomáticas, com realização do citopatológico na faixa etária específica de 25 a 64 anos, segundo os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças e com periodicidade definidas para devido acompanhamento das mulheres. Maiores taxas de cobertura deste exame preventivo estão associadas a uma menor taxa de incidência e de mortalidade de CCU (BRASIL, 2016, INCA, 2019, DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

Contudo, o país ainda não realiza o rastreamento de forma sistematizada. O acesso aos exames preventivos, em geral, ocorre de forma oportunística, quando as mulheres buscam os serviços de saúde por outras demandas. Os sistemas de informação também não estão organizados para monitorar a busca ativa e registrar a realização e os resultados dos exames. Ainda que a implementação de políticas de prevenção, diagnóstico e controle do câncer tenha viabilizado o aumento na detecção do CCU precocemente no Brasil ao longo do tempo, esse aumento ocorreu de forma desigual, desvelando iniquidades no acesso aos exames preventivos e também, possíveis barreiras de acesso em diversas regiões do país, muitas vezes associadas às desigualdades regionais, raciais e socioeconômicas (BRASIL, 2015, DE CARVALHO; O'DWYER; RODRIGUES, 2018, BARBOSA, 2017).

A partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença, compreende-se que o modo de vida de indivíduos e da coletividade na qual estão inseridos afeta a saúde, à medida que as características sociais de produção, distribuição e consumo modificam a estrutura social, perpetuando a inclusão ou a exclusão social de grupos. Este processo gera diferentes posições sociais, que podem sofrer alterações conjunturais, e estão relacionadas à situação socioeconômica, às condições de habitação, à cultura, à raça/cor da pele, ao gênero, dentre outras dimensões que fazem parte do ser humano (BARATA, 2009).

É possível perceber que as pesquisas sobre o tema no país concentram as análises sobre as condições socioeconômicas, mas há produção incipiente sobre a dimensão étnico-racial nos

modelos explicativos sobre a determinação social de doenças e agravos à saúde. Entende-se aqui que raça/cor não se trata de uma característica biológica de determinação, e sim, de um construto social, que discute as desigualdades raciais enquanto processo de dupla determinação, através da posição social que determinados grupos étnicos ocupam e a aceitação e discriminação que sofrem frente a grupos majoritários (BARATA, 2009). Há, também, indisponibilidade de estimativas populacionais por raça/cor, segundo faixa etária, localidade e ano, dificultando a estimativa de indicadores de saúde com recorte racial.

A construção de uma sociedade escravocrata, capitalista e patriarcal, reforça que sejam construídas hierarquias sob diferenças de raça, classe e gênero, constituindo sistemas interligados de dominação, reforçando o silêncio sobre os corpos negros, pobres e sobretudo, os de mulheres (hooks¹, 2019). Este processo de exclusão e silenciamento compromete a inserção social das mulheres negras e também impacta seu acesso à saúde. Embora o acesso aos serviços de saúde não seja o único fator responsável por se ter uma vida saudável, ele é condição para a manutenção de boas condições de saúde. Além disso, o acesso também é atravessado por processos de violação de direitos, o que produz iniquidades sociais (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Estudos trazem que há diferenças raciais, socioeconômicas e regionais no acesso oportuno ao exame citopatológico, bem como desigualdades raciais nas chances de receber diagnóstico tardio em estágio avançado e pior prognóstico quando diagnosticadas (BARBOSA, 2017, BARBOSA et al., 2019, BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018, NOGUEIRA *et al.*, 2019, THEME FILHA *et al.*, 2016, LEAL et al., 2017, BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012).

Desse modo, este estudo tem o objetivo de investigar as iniquidades raciais no acesso ao exame preventivo para o câncer de colo de útero, segundo categorias de raça/cor de mulheres brasileiras. Para alcançá-lo, serão consideradas as mulheres participantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), um inquérito populacional brasileiro, desenvolvido a partir de 2003 (BRASIL, 2021). Já ocorreram duas edições da pesquisa, em 2013 e 2019, e ambas serão utilizadas para análise e alcance dos objetivos propostos.

Os inquéritos populacionais em saúde são úteis na avaliação da assistência de saúde pelo ponto de vista do usuário e obter informações sobre morbidade referida e estilo de vida saudável. São utilizados nos países desenvolvidos desde 1960 e, no Brasil, passaram a receber maiores investimentos a partir de 1990 (BRASIL, 2021). A PNS surge diante da necessidade cada vez maior de obter informações para formulação de políticas nas áreas de promoção, vigilância e assistência em âmbito nacional, respondendo às demandas da gestão e da avaliação

da política de saúde. Ela é organizada em três eixos principais, a saber: (1) condições de saúde, (2) desempenho do sistema nacional de saúde e (3) vigilância das doenças e agravos de saúde e fatores de risco associados. Além disso, adicionalmente há inclusão de questões relacionadas às desigualdades sociais em saúde e à equidade, que perpassam os três eixos (BRASIL, 2021).

Esse estudo se organiza em introdução, revisão de literatura, objetivos (geral e específicos), hipóteses, material e métodos, resultados, discussão e referências.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

2.1.1 O câncer do colo do útero em números

As neoplasias referem-se a um conjunto de doenças que possuem em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos (tumores malignos), que podem se espalhar pelo organismo (metástase). Elas fazem parte das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), um conjunto de doenças responsáveis pelas principais causas de morte e incapacidade, geram um elevado número de mortes prematuras em indivíduos entre 30 e 69 anos, e por isso, possuem grande impacto na saúde pública mundial. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda e constituem 72% das mortes no Brasil (IBGE, 2020a, BRASIL, 2011).

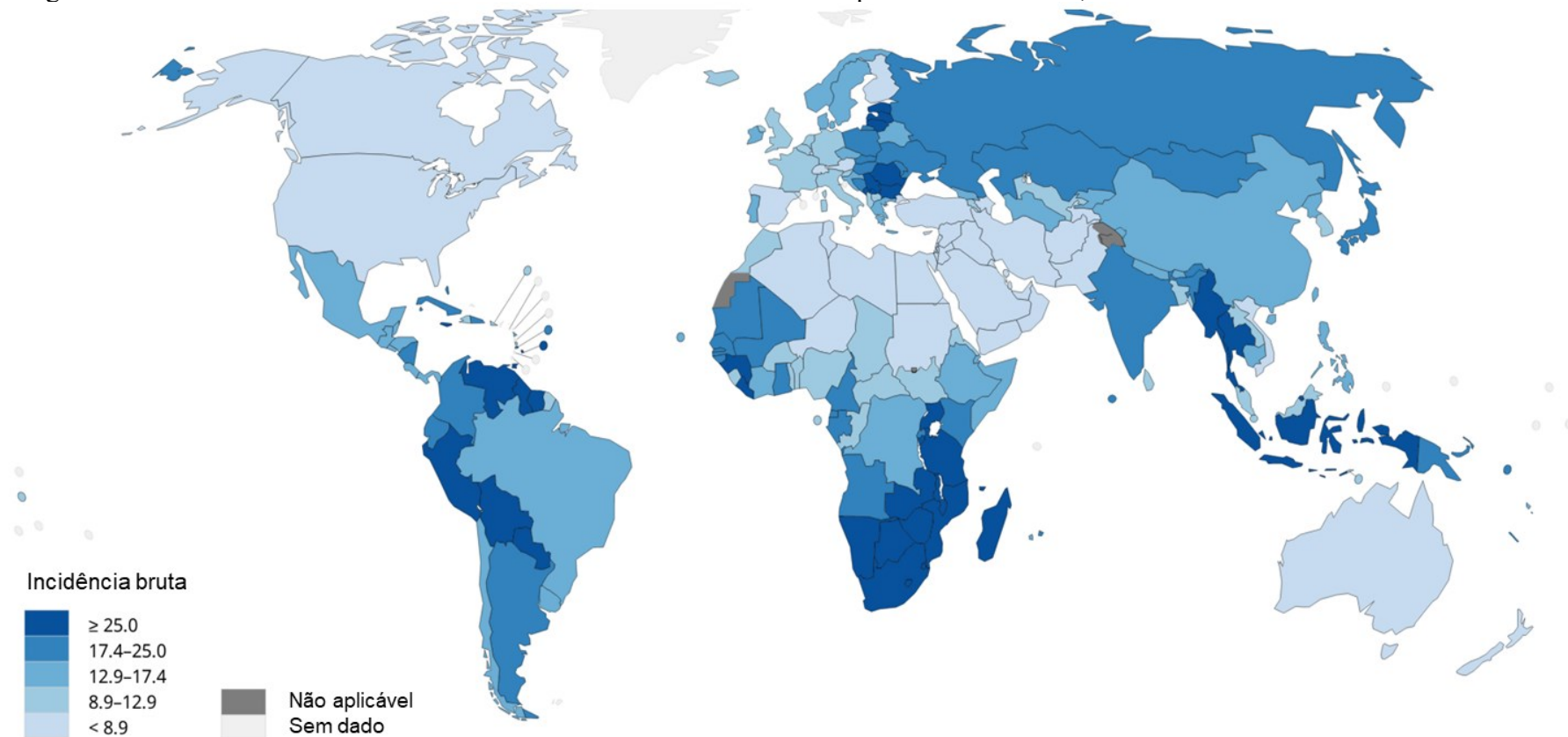
Além disso, as DCNT possuem etiologia multifatorial e fatores de risco que podem ser preveníveis com modificações nos hábitos e estilo de vida, como tabagismo, atividade física insuficiente, alimentação inadequada e consumo excessivo de álcool (IBGE, 2020a, BRASIL, 2011).

No Brasil, foram estimados cerca de 625 mil novos casos de câncer no triênio 2020-2022, sendo o câncer de pele não melanoma o mais incidente, seguido pelo de mama e próstata, cólon e reto, pulmão e estômago. Entre as mulheres, os cânceres de mama representam quase 30%, seguido pelo cólon e reto (9,2%) e colo de útero (7,5%), quando o câncer de pele não melanoma não é considerado, pois ele representa 29,5% de todos os casos de câncer entre mulheres (INCA, 2019a).

O câncer de colo de útero (CCU) foi o quarto mais frequente no mundo, com uma estimativa de 15,1 casos novos a cada 100 mil mulheres. As taxas de incidência mais elevadas foram estimadas em países do Continente Africano, sendo 51,2 casos a cada 100 mil mulheres na Suazilândia e 43,9 casos a cada 100 mil mulheres na África do Sul (BARBOSA, 2017). No Brasil, a incidência estimada é de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, sendo o segundo mais incidente nas Regiões Norte (21,20/100 mil), Nordeste (17,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,92/100 mil). Já na Região Sul (17,48/100 mil), ocupa a quarta posição e, na Região Sudeste (12,01/100 mil), a quinta posição (INCA, 2019a).

A Figura 1 traz as taxas de incidências brutas globais estimadas pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC/OMS) em 2020 para todas as idades.

Figura 1 – Taxas de incidência brutas estimadas de câncer de colo uterino para todas as idades, em 2020.



Fonte: Mapa traduzido e adaptado diretamente da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC/OMS). Acesso disponível em: <http://gco.iarc.fr/today>.

2.1.2 Prevenção do câncer do colo do útero

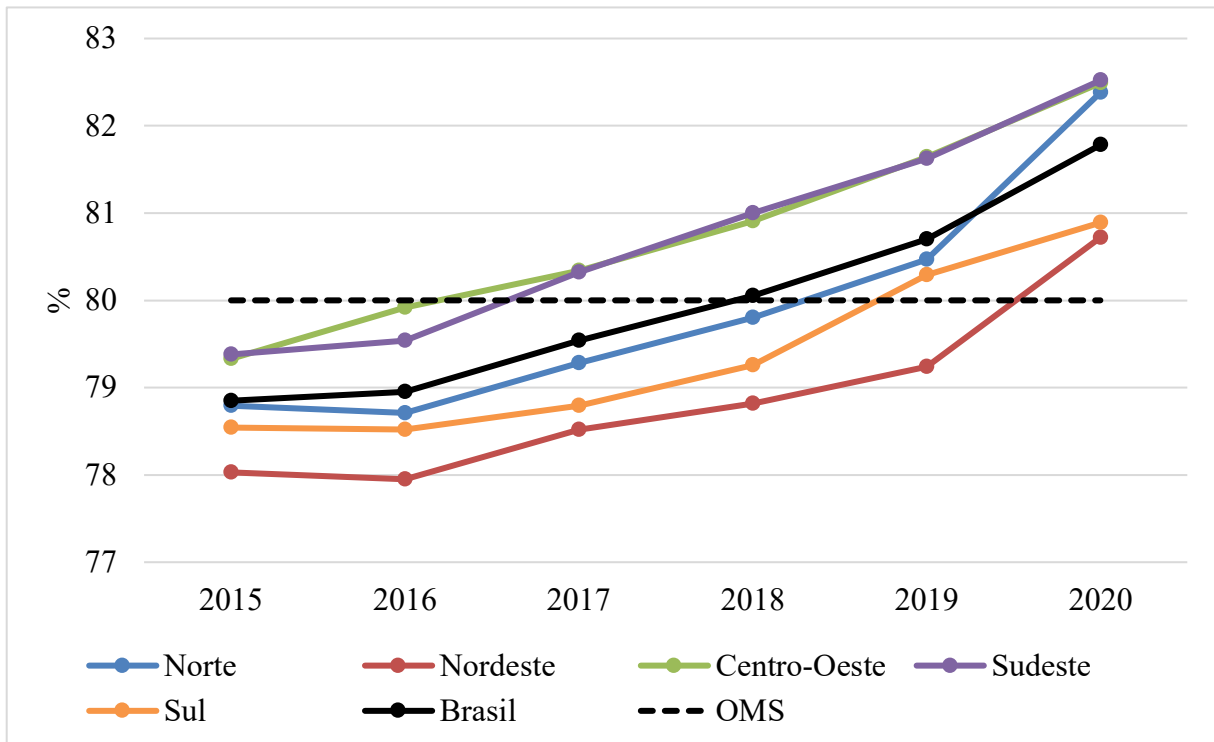
O câncer de colo de útero apresenta o maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente e 85% dos óbitos por esta causa concentram-se em países de baixa e média renda, relacionados com a maior prevalência de infecções persistentes por papilomavírus humano (HPV), que é a causa necessária desse tipo de câncer (BARBOSA, 2017, INCA, 2019, DE CARVALHO; O'DWYER; RODRIGUES, 2018).

Para realizar a prevenção deste tipo de câncer, adota-se como estratégia o rastreamento, ou seja, a realização de exames diagnósticos em populações ou pessoas assintomáticas, com a finalidade de diagnóstico precoce (BARBOSA, 2017; BARBOSA et al., 2019).

Recomenda-se a realização do exame citopatológico para a detecção precoce do CCU, em todas as mulheres a partir dos 25 anos que iniciaram atividade sexual, até os 64 anos de idade. Caso os dois primeiros exames anuais sejam normais, é orientado a realização a cada três anos, devido à lenta evolução da doença. De acordo com a OMS, estima-se que com uma cobertura de, no mínimo, 80% da população-alvo, é possível reduzir a de 60 a 90% a incidência de CCU (BRASIL, 2016, INCA, 2019b, DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

A figura abaixo (Figura 2) mostra o percentual de exames citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 64 anos no país e regiões, considerando como denominador os exames citopatológicos realizados em todas as faixas etárias. A figura é adaptada da publicação do INCA com dados provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Considerando a cobertura esperada pela OMS, o Brasil passa a alcançar a meta para a população-alvo somente em 2018, sendo que a região Nordeste apenas atingiu essa marca em 2020.

Figura 2 – Percentual de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos ao longo dos últimos cinco anos no Brasil e regiões em relação a realização desse tipo de exame em todas as faixas etárias.



Fonte: Elaboração própria (2022). Adaptado de <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/dados-e-numeros/exames-citopatologicos-do-colo-do-utero-realizados-no-sus>.

As ações de rastreamento devem ocorrer prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS), pois é sua atribuição prestar cuidado integral à mulher, através de promoção e educação em saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como ofertar tratamento, seguimento terapêutico em outros níveis de atenção, realizar monitoramento e organizar o processo de trabalho de modo a facilitar o acesso aos exames diagnósticos (BRASIL, 2016).

Sendo assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo mais adequado para conduzir essas atividades. Reconhecida como reorientadora da APS, a ESF pode aglutinar as ações de redução de fatores de risco (prevenção primária) e ações de rastreamento e detecção precoce (prevenção secundária) e ser orientada pela territorialização e pelo vínculo, através das agentes comunitárias de saúde (ACS). A presença das ACS também permite que haja maior relação entre as famílias adscritas e as equipes de saúde, conseguindo identificar as mulheres nas faixas etárias preconizadas, bem como verificar quando foram os realizados os últimos exames ou se as mulheres nunca os fizeram, objetivando a busca ativa e uma maior resolubilidade da atenção (VALE, 2010).

A partir disso, há perspectiva de que haja um rastreamento populacional (também conhecido como organizado), ou seja, um programa estruturado, no qual a população-alvo é

convocada a participar de ações de rastreamento, levando em conta a periodicidade preconizada e o monitoramento de todo o processo (BRASIL, 2015). No entanto, o que se percebe no Brasil é o rastreamento oportunístico, isto é, a oferta do exame citopatológico de forma não sistemática, em geral, somente quando a mulher se apresenta no serviço de saúde com intenção de resolver outras demandas sociais e de saúde (DE CARVALHO; O'DWYER; RODRIGUES, 2018).

Segundo Barbosa e colaboradores (2019), uma confirmação de que o rastreamento é realizado de forma oportunística é que os exames citopatológico, clínico das mamas e mamografia são ofertados em conjunto durante as consultas à mulher, mesmo que não tenham relação com a queixa principal. Além disso, os autores analisaram que as mulheres que não realizaram a mamografia foram também aquelas que não realizaram o exame clínico das mamas e exame citopatológico no período recomendado.

2.2 INIQUIDADES SOCIAIS EM SAÚDE

2.2.1 As iniquidades sociais no processo de viver ou morrer

As desigualdades sociais em saúde são diferenciais no estado de saúde entre grupos distintos definidos por características socioeconômicas, como riqueza, educação, raça e etnia, religiosidade, local de moradia, dentre outras. Para Barata (2009), as desigualdades sociais em saúde carregam um grau de injustiça, pois estão associadas a características sociais que promovem sistematicamente a manutenção de grupos em desvantagem em relação à oportunidade de se manterem sãos e sadios (BARATA, 2009).

Os estudos latino-americanos discutem as desigualdades sociais em saúde baseando-se na teoria da determinação social do processo saúde-doença, que dá enfoque aos processos de produção e manutenção da acumulação e distribuição de poder e bens materiais a grupos sociais mais privilegiados. Isso significa que a estrutura social impacta a saúde, através da inclusão ou da exclusão social, associado às diferentes posições sociais e que pode sofrer alterações ao longo da história (BARATA, 2009).

No Brasil, esta teoria tem maior relação com o modo de vida, que reúne as condições coletivas de produção, distribuição e consumo, mas também, o comportamento dos indivíduos que compõem esses grupos. Desse modo, o processo saúde-doença:

“É determinado pelas condições estruturais e conjunturais em que vivem as populações humanas. Do mesmo modo como os homens constroem sua vida material e não material, eles também produzem as doenças das quais irão padecer, como os

instrumentos e as organizações sociais para combatê-las” (BARATA, 2009, p. 19).”

Ainda, segundo Goes e Nascimento (2013), entendendo que a qualidade da vida das pessoas determina a forma de adoecer e morrer, é possível perceber que as pesquisas sobre o tema no país concentram as análises sobre as condições socioeconômicas, mas há produção incipiente sobre a dimensão étnico-racial nos modelos explicativos no desenvolvimento de doenças e agravos à saúde.

Dessa forma, é necessário que reconheçamos que a origem do processo saúde-doença destes segmentos populacionais tem origem numa violação de direitos. Logo, o processo que gera a desigualdade, gera também iniquidade, que conforme Cruz (2006), se caracteriza por diferenças carregadas de injustiça, a partir de situações que poderiam ser evitadas por quem tem o poder de decisão (CRUZ, 2006).

Segundo Chor e Lima (2005) e corroborado por Barata (2009), as desigualdades relacionadas a grupos étnicos tem dupla determinação, através da posição social que ocupam e a aceitação e discriminação que sofrem frente a grupos majoritários. Ainda que 56,2% dos brasileiros se autodeclarem pretos e pardos no país (IBGE, 2020a), tamanha representatividade demográfica não se expressa na afirmação de direitos, quando olhamos para os indicadores socioeconômicos da sociedade brasileira. Herança de um projeto de construção social escravocrata durante 400 anos, a colonização brasileira não foi somente um grande empreendimento geopolítico e econômico na conquista de terras, mas também se fez valer através do epistemicídio dos povos africanos e povos e comunidades indígenas (RAMOSE, 2011).

A opressão e animalização desses povos, suprimindo sua cultura, seus valores, direitos e saberes, enquanto indivíduos e comunidade, sob a premissa do uso da religião e da ideologia supremacista branca ocidental, foi materializada através do racismo. Este contribuiu como pilar de sustentação do processo colonial, demarcando o local de inferioridade dos povos não ocidentalizados, e segue ainda hoje trazendo inúmeras consequências para esses segmentos populacionais minoritários (RAMOSE, 2011).

Somado a isso, temos um contexto de estímulo a uma falsa democracia racial, que ignora o racismo estrutural, bem como reforça o apagamento da construção identitária brasileira. Como exposto na obra de hooks (2019), a colonização nos deixa o apreço às distinções, de forma que se projeta no cotidiano uma narrativa de inexistência de conflitos raciais.

É possível observar inúmeras estatísticas sociais desfavoráveis relacionadas a esses povos, no campo da educação, do mercado de trabalho, da renda, das condições de habitação,

violência e, também, da saúde. Estas informações permitem inferir que, no Brasil, as desigualdades raciais estão intrinsecamente relacionadas às vulnerabilidades socioeconômicas. Ainda que haja políticas sociais voltadas para a ascensão das classes e para o combate à pobreza, segundo Santos (2011), os negros ainda estão posicionados em locais de adversidades em diversos campos da vida, como no viés de atendimento à saúde, em condições de moradias precárias e com falta de acesso a serviços básicos, menores rendimentos e no estigma social de inferioridade (SANTOS, 2011; BRASIL, 2017).

Destarte, é impossível não relacionar a necessidade de garantir o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, bem como o acesso e utilização destes serviços. Embora o acesso aos serviços de saúde não seja o único fator responsável por se ter uma vida saudável, ele é condição básica para a manutenção de boas condições de saúde. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde podem estar permeadas por processos de violação de direitos e diferentes processos discriminatórios, como o racismo, violência de gênero, iniquidades regionais e socioeconômicas (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Segundo hooks (2019), a construção de uma sociedade capitalista e patriarcal, reforça que sejam construídas hierarquias sob diferenças de raça, classe e gênero, constituindo sistemas interligados de dominação, reforçando o silêncio sobre os corpos negros, pobres e sobretudo, os de mulheres. Portanto, quando este sistema de opressões atua, ele compromete a inserção das mulheres na sociedade e, no que se refere à saúde, as “desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de adoecimento” (GOES; NASCIMENTO, 2013, p.573).

2.2.2 As iniquidades no acesso ao exame preventivo de câncer de colo de útero

Ainda que tenha ocorrido um aumento na detecção do CCU precocemente no Brasil ao longo do tempo, a partir da implementação de políticas de prevenção, diagnóstico e controle do câncer, esse aumento ocorreu de forma desigual, desvelando iniquidades no acesso aos exames preventivos (BARBOSA, 2017).

A detecção precoce para CCU tem um grande desafio: as diferenças no acesso ao exame citopatológico e ao tratamento de forma oportuna (BARBOSA, 2017, BARBOSA et al., 2019). Segundo Barbosa (2017), a mortalidade por CCU afeta de forma desproporcional as mulheres residentes em áreas de menor nível socioeconômico, o que tem relação direta com o acesso desigual aos cuidados de saúde, que causam atraso ou não aderência ao tratamento.

Apesar da existência do exame, ele não é disponibilizado de forma equânime nas regiões

do país e há estudos que afirmam que as desigualdades socioeconômicas estão mais relacionadas ao estadiamento avançado do CCU (DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018).

Estudos brasileiros indicam que a maioria das mulheres buscam realizar o exame citopatológico espontaneamente, o que também reflete a fragilidade do rastreamento oportuno e a baixa taxa de cobertura desse exame. Observa-se um excesso de realização de exames para algumas mulheres e a exclusão de outras, que nunca os realizaram e provavelmente seriam as mais beneficiadas. Além disso, populações de menor nível socioeconômico têm maior tendência a residir em áreas mais distantes onde os recursos para a assistência à saúde, em geral, são escassos. Assim sendo, ainda que os exames citopatológicos sejam realizados na APS, a cobertura desses serviços de saúde no país ainda é insuficiente para atender às mulheres (BARBOSA, 2017, BARBOSA *et al.*, 2019, DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018, NOGUEIRA *et al.*, 2019).

Tendo em conta que nem todas as pessoas residentes em áreas socioeconomicamente favorecidas possuem melhores condições sociais e de vida, como renda, educação e acesso à serviços de saúde, isso nos leva a questionar quem são essas mulheres e onde vivem na extensão do país (DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018, THEME FILHA *et al.*, 2016).

Outro fator que impacta nas taxas de morbimortalidade é a melhor qualidade nos registros de óbitos e casos nas capitais, o que pode resultar em um aumento dos casos notificados e ainda há subnotificação de casos em regiões mais afastadas (DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018). Além disso, por muitos anos não havia inclusão da origem étnico-racial das pessoas nos sistemas de informação brasileiros, o que impossibilita identificar a existência de desigualdades raciais em saúde. Ainda que a composição populacional e os níveis de desigualdade sejam diferentes entre os diversos países no mundo, há evidências de iniquidades raciais nas condições de saúde nas localidades em que os sistemas de registro de estatísticas vitais e de uso de serviços de saúde incluem dados étnico-raciais (LEAL *et al.*, 2017, BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012).

Isso pode ser observado nas formas como são definidas os acompanhamentos, metas e programas prioritários nas agendas da saúde pública, desvelando também que estas atuações não correspondem à realidade dos territórios, muito menos auxiliam na identificação de um perfil de morbimortalidade das mulheres negras, visto que os dados de notificações muitas vezes, não são desagregados nos critérios de cor/raça (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012, CRUZ, 2006).

Conforme dito anteriormente, sabe-se que raça/cor não é uma categoria biológica, e sim, um construto social com impactos no acesso a recursos e inserção na sociedade. Por isso, é de se esperar que as diferenças socioeconômicas que ocorreram por gerações e tanto são analisadas em estudos brasileiros, hoje fortalecem as raízes das desigualdades sociais. O que ocorre em algumas análises é que, ainda que se compare a estimação do efeito da raça/cor após ajuste de confundimento por variável socioeconômica e a retirada das desigualdades socioeconômicas, a disparidade racial em saúde entre os grupos ainda persiste. Isso demonstra a tamanha complexidade em definir e mensurar as desigualdades raciais (NOGUEIRA *et al.*, 2019).

Goes e Nascimento (2013) sugerem que o acesso aos serviços de saúde é hierarquizado a partir das diferentes características individuais, entendendo o impacto das opressões sociais relativas ao gênero e raça enquanto determinantes nas disparidades sociais. Todavia, o racismo estrutural e institucional determina condições de acesso diferentes para as mulheres Negras, que apresentam maior percentual de acesso ruim, enquanto mulheres brancas têm maior prioridade no acesso considerado como bom.

O primeiro estudo de base populacional do país utilizou-se dos dados da PNAD 2008, pesquisa que antecede à Pesquisa Nacional de Saúde, para investigar a não realização do exame preventivo. Martínez-Mesa e colaboradores trazem que a prevalência de não realização do citopatológico no país foi maior entre residentes do Norte e Nordeste (17,4% e 14,7%, respectivamente) e, entre mulheres negras foi maior do que para mulheres não negras, independentemente da situação censitária das mesmas (13,5% em área urbana, 25,1% em área rural).

Levando em conta a relevância do exame citopatológico enquanto exame preventivo que deveria ser de fácil acesso, considera-se também o fato de mulheres negras e com baixa escolaridade terem maiores chances de receber diagnósticos tardios de CCU em estágio avançado (DUARTE; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018), bem como receberem pior prognóstico quando diagnosticadas (NOGUEIRA *et al.*, 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as iniquidades raciais no acesso ao exame preventivo para o câncer de colo de útero, segundo categorias de raça/cor de mulheres participantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever a prevalência de não realização de exame citopatológico de acordo com raça/cor e características sociodemográficas, comportamentais, de uso e acesso aos serviços de saúde, das mulheres participantes da PNS 2013 e 2019;
- b) Analisar a associação entre categorias de raça/cor da pele e a não realização do exame citopatológico das mulheres participantes da PNS 2013 e 2019;
- c) Investigar como as características sociodemográficas, comportamentais, de uso e acesso aos serviços de saúde contribuem para as diferenças entre raça/cor na não realização de exame citopatológico das mulheres participantes da PNS 2013 e 2019;
- d) Comparar as iniquidades raciais no acesso ao exame citopatológico entre as PNS de 2013 e 2019.

4 HIPÓTESES

Enquanto hipótese, a partir da literatura, presume-se que as iniquidades entre raça/cor são atenuadas pelas características sociodemográficas, comportamentais, de uso e acesso aos serviços de saúde, mas identificam a profunda injustiça no acesso à saúde no país. Ademais, pressupõe-se que as iniquidades no acesso ao exame citopatológico entre mulheres brasileiras reduziram ao longo do tempo. No entanto, as iniquidades raciais ao acesso a exames preventivos persistem, favorecendo mulheres brancas em detrimento de mulheres pretas e pardas.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 A PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

5.1.1 Delineamento do estudo

Esta dissertação utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS 2013) e 2019 (PNS 2019). A PNS é um inquérito de base domiciliar e populacional, em âmbito nacional, realizada em parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). A coleta de dados da edição de 2013, ocorreu de agosto a dezembro de 2013. Já na edição seguinte, de 2019, ocorreu entre agosto de 2019 e março de 2020. Ambos os anos de estudo utilizaram uma metodologia similar para seleção de amostra, sendo um recorte da amostra mestra do IBGE e, devido a isso, permite calcular indicadores em um maior nível de desagregação geográfica (Brasil, Grande Região, UF, capitais, regiões metropolitanas e restante da UF) (SZWARC WALD, 2014).

5.1.2 Procedimento de amostragem

A amostragem da PNS é complexa, feita por conglomeração em múltiplos estágios. Na PNS 2013, primeiramente foram selecionados os setores censitários ou conjunto de setores, que formaram as unidades primárias de amostragem (UPA), através de estratificação; em seguida, realizou-se uma amostragem aleatória simples de um número fixo de domicílios em cada UPA e; por último, a seleção de um adulto, maior de 18 anos, com equiprobabilidade entre todos os moradores adultos do domicílio, através da amostragem aleatória simples. Mais informações sobre o procedimento de amostragem e informações mais detalhadas sobre a metodologia da PNS 2013 podem ser encontradas em literatura correspondente (SZWARC WALD, 2014).

Na PNS 2019, houve alterações no processo de amostragem a fim de alcançar a quantidade de UPA necessárias para atingir o tamanho da amostra. Os setores censitários, que formam as UPA, foram selecionados por amostragem aleatória simples de um trimestre da amostra mestra do IBGE. No segundo estágio, um número fixo de domicílios foi selecionado por amostragem aleatória simples, de cada UPA selecionada no primeiro estágio, cujo número varia de acordo com a unidade da federação (12, 15 ou 18 domicílios). No terceiro estágio, foram selecionados um morador de 15 anos ou mais em cada domicílio, para responder o

questionário específico. Informações referentes as mudanças realizadas na PNS 2019 bem como outros detalhes metodológicos, também podem ser encontrados em recente publicação (STOPA et al., 2020).

5.1.3 Instrumentos e coleta de dados

Em ambos os inquéritos, os dados foram coletados através de entrevistas individuais por meio de um questionário subdividido em três partes. A primeira parte referente ao domicílio, a segunda referente aos moradores do domicílio e a terceira ao indivíduo selecionado. O questionário domiciliar e o referente a todos os moradores do domicílio foram respondidos por um residente que sabia informar sobre a situação socioeconômica e de saúde de todos os moradores. Já o individual, foi respondido pelo morador selecionado, no processo de amostragem citado anteriormente.

Na PNS 2019, houve alteração do questionário, com inclusão de alguns blocos e exclusão de perguntas cujas respostas apresentaram alto coeficiente de variação (acima de 30%). Devido a alteração na faixa etária da população do estudo para indivíduos de 15 anos ou mais, as questões sobre violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, relações e condições de trabalho, e atendimento médico, foram respondidas apenas por aqueles com 18 anos ou mais. Foi realizado pré-teste do instrumento de coleta da PNS 2019 com pequenas amostras de indivíduos e as novas questões introduzidas passaram pelo teste cognitivo, como novo processo de validação (STOPA,2020).

A organização da coleta de dados e o trabalho de campo, foram realizadas pelo IBGE, envolvendo entrevistadores, supervisores e coordenadores. Estes passaram por treinamentos em oficina presencial nas unidades estaduais do IBGE e, também, de treinos simultâneos à distância. O questionário aplicado previu a possibilidade de monitoramento dos indicadores de saúde, que são acompanhados espaço-temporalmente e são comparáveis e complementares aos questionários de outras pesquisas de base domiciliar em parceria com IBGE.

Todos os entrevistadores foram capacitados pela equipe coordenadora do projeto, utilizando de dispositivos móveis de coleta, programados para “pulos” referentes às respostas dos questionários. Ao chegar no domicílio selecionado, primeiramente os agentes de coleta faziam contato com o(a) responsável ou outro(a) morador(a). O agente explicava ao(s) morador(es) os objetivos, o procedimento de coleta de dados e a importância de sua participação na pesquisa e preenchia uma lista de todos os indivíduos residentes no domicílio,

independentemente de concordarem ou não em participar da pesquisa.

5.1.4 Comitê de ética e aprovação

A PNS 2013 (Processo número: 10853812.7.0000.0008) e a PNS 2019 (Processo número: 3.529.376) foram aprovadas pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Cada respondente recebeu informações relevantes sobre a pesquisa de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que garante os aspectos éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos no Brasil. Além de um acordo verbal, os sujeitos foram solicitados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido.

5.2 ABORDAGEM ANALÍTICA ADOTADA PARA ESTA DISSERTAÇÃO

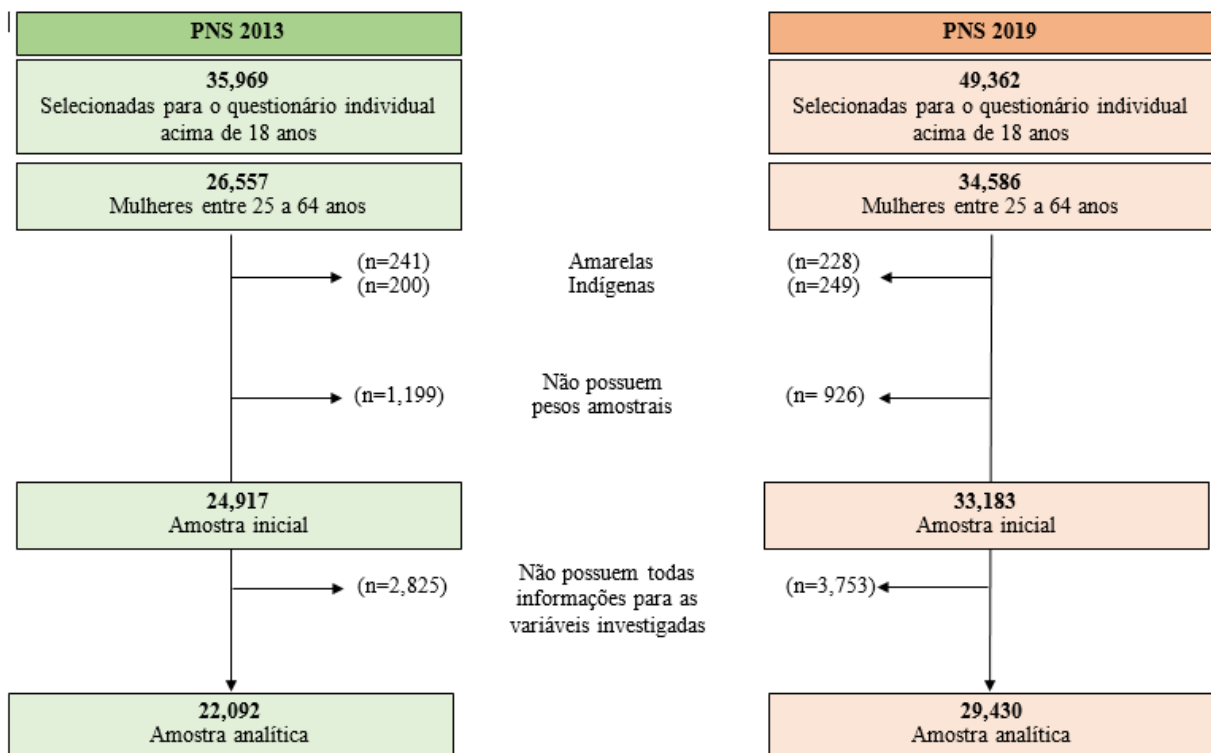
5.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Para esta dissertação, foram consideradas indivíduos do sexo feminino participantes da PNS de 2013 e 2019 que responderam o questionário individual. Nas análises, foram selecionadas as participantes que se encontravam entre as idades de 25 a 64 anos, incluídas no momento da entrevista. Apesar da preconização de rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil também incluir homens trans e pessoas não-binárias (BRASIL, 2016), apenas a variável sexo está disponível para ambos os inquéritos, não sendo possível a inclusão destes grupos sociais.

Como critério de exclusão, foram excluídas da amostra os indivíduos autoclassificados como Indígenas ou Amarelos. A decisão da exclusão destes participantes deu-se pelas pequenas frequências absolutas em cada uma dessas categorias sociais, mas principalmente porque o principal objetivo do estudo foi verificar as iniquidades raciais entre Pardos e Pretos comparado aos brancos. Pardos e Pretos apresentam condição semelhante à falta de recursos sociais e econômicos, bem como uma história de exclusão social similar e completamente oposta às daqueles autoclassificados como brancos.

Os fluxogramas abaixo apresentam como se deu a seleção da amostra. Com relação aos exames preventivos para câncer de colo de útero, foram consideradas uma amostra analítica de 22,092 mulheres da PNS 2013 e 29,430 mulheres da PNS 2019.

Figura 3 - Fluxograma com as amostras iniciais e analíticas do desfecho referente a realização de exames preventivos para câncer de colo de útero. Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019.



Fonte: Elaboração própria (2022).

5.2.2 Variáveis investigadas

Todas as variáveis investigadas para esta dissertação, bem como os códigos correspondentes das mesmas em cada um dos inquéritos estão apresentadas no **Anexo 1**.

a) Variável dependente

Para alcançar os objetivos, esta dissertação utilizou como desfecho uma variável categórica, correspondente à realização de exames citopatológico, presente no bloco R (saúde da mulher) da PNS 2013 e 2019.

O exame citopatológico foi aferido através da pergunta “Quando foi a última vez que a senhora fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?”. As opções disponíveis foram: 1-Há menos de 1 ano; 2- 1 ano a menos de 2 anos; 3- 2 anos a menos de 3 anos; 4-Há 3 anos ou mais; 5-Nunca fez. A realização dos exames citopatológico foi dicotomizada entre aquelas mulheres que nunca realizaram o exame, e aquelas que realizaram em quaisquer outros períodos recordatórios.

b) Variável de exposição de interesse

A exposição principal é a raça/cor autodeclarada das mulheres. A variável foi recategorizada, considerando mulheres Pretas, Pardas e brancas.

c) Covariáveis

Três grupos de variáveis foram consideradas como covariáveis: I) variáveis geográficas e sociodemográficas, II) variáveis de comportamento, III) variáveis referentes ao acesso a serviços de saúde.

I) Covariáveis geográficas e sociodemográficas

Neste grupo encontram-se as variáveis região, situação censitária, idade e escolaridade. Para a construção da variável região foi utilizado a variável referente ao estado de residência da entrevistada, sendo distribuída conforme as cinco regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste. Outra variável de localização foi aquela referente ao tipo de situação censitária, sendo esta categorizada em urbana e rural, conforme originalmente disponibilizada pelos inquéritos.

A idade do participante foi utilizada para restringir indivíduos dentro do grupo de rastreamento para o desfecho, ou seja, 25 a 64. No entanto, dentre aqueles que pertenceram aos respectivos grupos, a variável idade foi utilizada de forma contínua a fim de considerar possíveis nuances de iniquidades com o avançar da idade. A variável referente ao estado civil da participante foi recategorizada a fim de viabilizar a comparação entre os dois inquéritos, sendo: 1-Casado; 2-Separado/Divorciado; 3-Viúvo; 4-Solteiro.

A escolaridade da participante foi coletada utilizando uma variável derivada de ambos os inquéritos que aferiu o nível de instrução mais elevado alcançado padronizado para o Ensino Fundamental com um sistema de 9 anos. Para este estudo, a escolaridade foi categorizada da seguinte forma: 1-sem instrução; 2- 8 anos ou menos de estudo; 3- 9 a 11 anos de estudo; 12 anos ou mais de estudo.

II) Covariáveis de comportamento

Dentro deste grupo estão as variáveis referentes a auto avaliação de saúde, a frequência

de consumo de bebida alcoólica, e prática de exercício físico. Indivíduos foram questionados segundo a percepção sobre sua saúde e as opções de respostas foram categorizadas em: 1-Muito boa/Boa; 2-Regular; 3-Ruim/Muito ruim. O mesmo ocorreu para a frequência de consumo de bebida alcoólica, sendo as opções: 1-Não bebo nunca; 2-Menos de uma vez por mês; 3-Uma vez ou mais por mês. A prática de exercício físico foi aferida com um tempo recordatório de três meses, não considerando fisioterapia, sendo que as respostas possíveis foram sim e não.

III) Covariáveis de acesso a serviços de saúde

As variáveis que fizeram parte deste grupo foram aquelas referentes ao cadastramento do domicílio em unidade de saúde da família, se possui algum tipo de plano de saúde, e quando a mulher consultou um médico pela última vez. O cadastro na ESF foi coletado como sim e não. A presença ou não de plano de saúde considerou tanto aquele que engloba a cobertura médica e odontológica, tanto de empresa, órgão público, ou particular. No inquérito de 2019, a presença de plano médico e odontológico foram coletadas separadamente, sendo ambas consideradas para este estudo objetivando a comparação entre os estudos.

Para a variável referente a última consulta com o médico, considerou-se as categorias originais, sendo estas: 1-Há menos de 1 ano; 2-De 1 ano a menos de 2 anos; 3-De 2 anos a menos de 3 anos; 4-Há 3 anos ou mais. Uma das opções de respostas contemplava aqueles indivíduos que relataram nunca terem realizado consulta com o médico, porém a mesma não foi considerada para a análise devido a baixa frequência absoluta em ambos os inquéritos (n=67 PNS 2013; n=65 PNS 2019).

5.2.3 Plano de análise

Para a análise estatística, foi utilizado o software estatístico Stata 16.0 (Stata Corporation, College Station, EUA). Todas as análises descritivas, bivariadas e de regressão foram ajustadas para o efeito do desenho e da amostra complexa, considerando a faixa etária-alvo.

a) Análise descritiva

Foi realizada análise descritiva para cada variável investigada (conforme subseção 2.2), apresentando frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, e médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas.

b) Análise bivariada

Tabulação cruzada e testes de qui-quadrado com correção de Rao and Scott (1981) foram conduzidos para explorar a distribuição das covariáveis de acordo com grupos de cor/raça e o desfecho. A frequência relativa dos achados e os respectivos intervalos de confiança de 95% foram apresentados. O mesmo ocorreu para a apresentação da descrição das características sociodemográficas, de comportamento, e uso e acesso aos serviços de saúde de acordo com a raça.

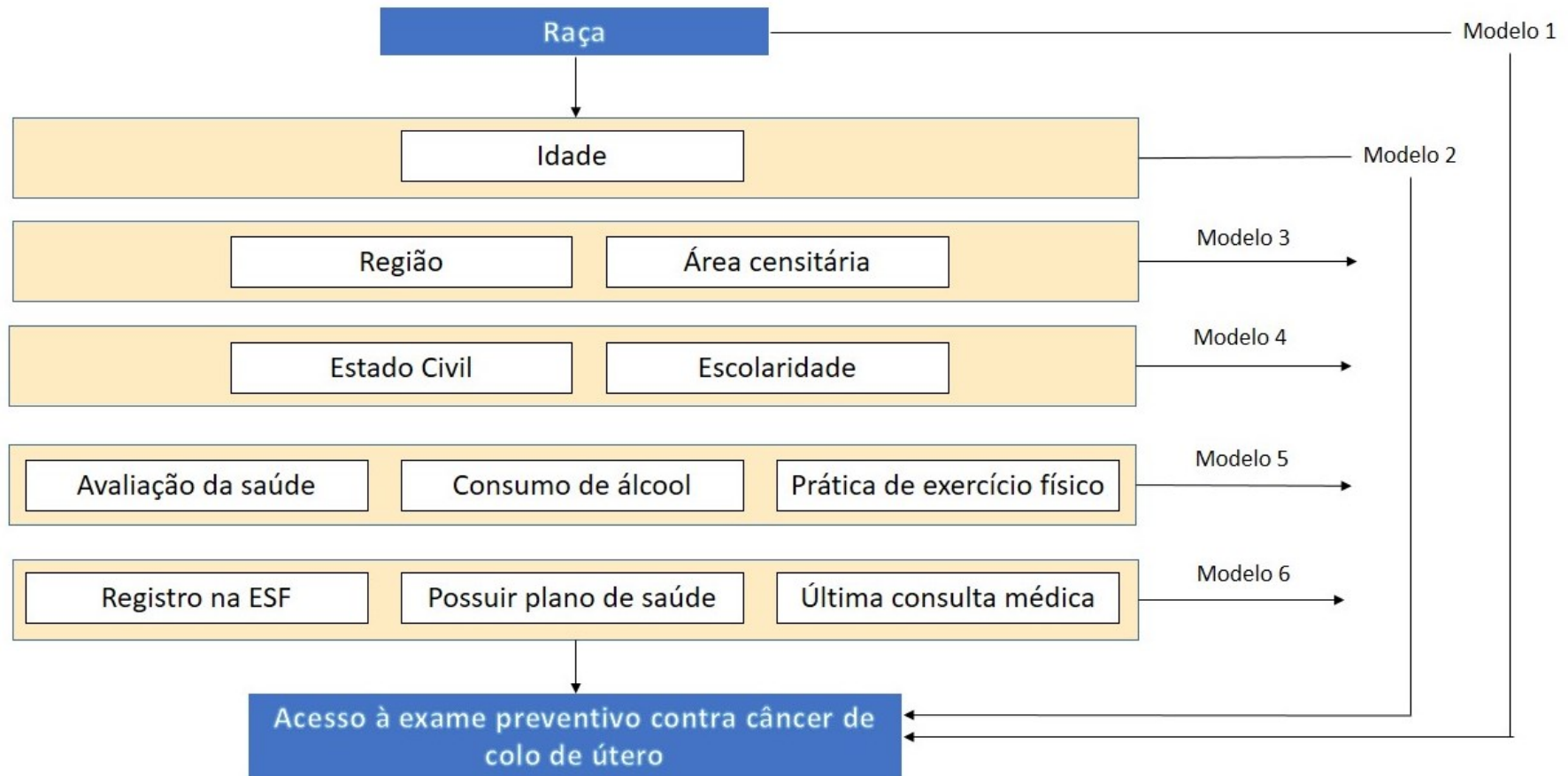
c) Modelos de regressão

Para a análise da associação entre as categorias de raça/cor da pele das mulheres e a não realização de exames, foram avaliados modelos de regressão logística não ajustados e ajustados pelas covariáveis. Esse tipo de regressão foi utilizado devido à natureza do desfecho (sim/não). Os resultados foram apresentados estimando a razão de chances (*odds ratio - OR*) e cálculo dos respectivos intervalos de 95% de confiança. A inclusão das covariáveis nos modelos de regressão seguiu o modelo analítico apresentado na Figura 2.

d) Análises adicionais

O aumento ou redução das iniquidades no acesso ao exame citopatológico entre as duas edições da PNS foi aferido através da comparação entre as iniquidades observadas no modelo final (modelo 6) de ambos os inquéritos.

Figura 4 - Estrutura analítica realizada para estimar a associação entre grupos de cor/raça e realização de exames preventivos contra câncer de colo de útero.



Fonte: Elaboração própria (2022).

6 RESULTADOS

6.1 QUEM SÃO ESSAS MULHERES?

6.1.1 Descrição da amostra

A tabela 1 traz a prevalência do desfecho, bem como a descrição da amostra segundo raça/cor e as características sociodemográficas, comportamentais, uso e acesso aos serviços de saúde nas mulheres de 25 a 64 anos que responderam à pergunta referente a realização ou não de exame citopatológico. Em relação a prevalência de mulheres que não realizaram o exame citopatológico, 9,69% e 6,12% da amostra analítica da PNS 2013 e 2019, respectivamente, relataram nunca ter realizado exame citopatológico.

A maioria da amostra se autodeclarou Negra (Parda ou Preta), somando mais de 50% da amostra em ambas as pesquisas. Com relação à região geográfica, a maioria das mulheres residia na região Sudeste, seguido da região Nordeste e Sul, e em área urbana (mais de 87% da amostra em ambos os inquéritos). A média de idade das mulheres selecionadas para este desfecho foi de 43 anos, nos dois períodos investigados. No que tange ao estado civil, mais de 46% declararam-se casadas. Acima de 70% das mulheres estudou até 11 anos.

Quanto à autoavaliação de saúde, mais de 50% das mulheres em 2013 e 2019 responderam considerar sua saúde muito boa ou boa, mais de dois terços responderam que nunca bebem, e que não realizaram exercícios físicos nos últimos três meses. Em relação às características de acesso ao serviço de saúde, a maioria informou que sua residência está cadastrada na Estratégia da Saúde da Família, observando-se um aumento de registros entre 2013 (61,58%) e 2019 (69,05%). Do mesmo modo, a maioria também declarou não possuir plano de saúde e mais de 80% das mulheres relataram ter realizado consulta com médico no último ano.

Comparando-se as duas edições da PNS, é possível destacar que houve um aumento de mulheres que se autodeclararam Pretas e Pardas, diminuição da quantidade de mulheres casadas e aumento do nível de escolaridade. Com relação ao estilo de vida, houve aumento do consumo de álcool e da realização de atividade física. Houve também aumento de mulheres que referiram cadastro da residência na ESF e diminuição de mulheres que possuem planos de saúde

Tabela 1 – Descrição das características sociodemográficas, de comportamento, e uso e acesso aos serviços de saúde das mulheres de 25 a 64 anos segundo amostra analítica referente a realização de exame citopatológico da PNS 2013 e 2019.

Variáveis	PNS 2013 (n=22,092)	PNS 2019 (n=29,430)
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Realização de exame citopatológico		
Não	9,69 (8,93;10,50)	6,12 (5,69;6,58)
Raça		
Branca	47,81 (46,58;49,03)	42,98 (41,90;44,06)
Preta	9,03 (8,33;9,78)	11,60 (10,96;12,26)
Parda	43,16 (42,00;44,34)	45,43 (44,40;46,46)
Idade		
	42,86 (42,62;43,11)	43,91 (43,69;44,14)
Região		
Norte	6,87 (6,51;7,24)	7,51 (7,15;7,88)
Nordeste	26,17 (25,21;27,16)	26,90 (26,05;27,77)
Sudeste	44,53 (43,32;45,76)	43,89 (42,64;45,14)
Sul	14,97 (14,14;15,83)	14,37 (13,70;15,06)
Centro-oeste	7,46 (7,11;7,82)	7,33 (6,91;7,78)
Situação censitária		
Urbana	87,30 (86,51;88,05)	87,79 (87,22;88,33)
Rural	12,70 (11,95;13,49)	12,21 (11,67;12,78)
Estado civil		
Casado	49,62 (48,45;50,79)	46,68 (45,65;47,71)
Separado/Divorciado	8,90 (8,27;9,57)	9,93 (9,38;10,52)
Viúvo	5,94 (5,43;6,50)	5,38 (4,99;5,79)
Solteiro	35,54 (34,49;36,60)	38,01 (37,08;38,95)
Escolaridade		
Sem instrução	6,57 (5,98;7,22)	3,75 (3,39;4,16)
≤ 8 anos	39,82 (38,62;41,04)	35,48 (34,53;36,44)
9 - 11 anos	33,74 (32,69;34,81)	36,89 (35,92;37,88)
≥ 12 anos	19,86 (18,80;20,97)	23,87 (22,88;24,89)
Autoavaliação em saúde		
Muito boa/ Boa	62,68 (61,53;63,82)	63,53 (62,55;64,50)
Regular	30,87 (29,80;31,97)	29,86 (28,98;30,75)
Ruim / Muito ruim	6,44 (5,93;7,00)	6,61 (6,14;7,12)
Consumo de álcool		
Nunca bebe	71,65 (70,47;72,81)	66,48 (65,43;67,52)
< 1 vez por mês	12,61 (11,85;13,42)	12,19 (11,55;12,86)
≥ 1 vez por mês	15,74 (14,80;16,72)	21,32 (20,41;22,26)
Exercício nos últimos três meses		
Não	73,34 (72,18;74,47)	60,41 (59,39;61,42)
Sim	26,66 (25,53;27,82)	39,59 (38,58;40,61)
Registro ESF		
Não	38,42 (36,89;39,97)	30,95 (29,61;32,33)
Sim	61,58 (60,03;63,11)	69,05 (67,67;70,39)
Plano de saúde		
Não	68,23 (66,95;69,48)	70,04 (69,00;71,06)
Sim	31,77 (30,52;33,05)	29,96 (28,84;31,00)
Última consulta com médico		
< 1 ano	81,88 (80,97;82,75)	86,63 (85,92;87,31)
1 ano a < 2 anos	10,00 (9,34;10,69)	7,88 (7,36;8,43)
2 anos a < 3 anos	3,18 (2,83;3,57)	2,43 (2,15;2,76)
≥ 3 anos	4,95 (4,47;5,47)	3,06 (2,77;3,38)
Total	100,00	100,00

IC 95% - intervalo de confiança de 95%

Fonte: Elaboração própria (2022).

6.1.2 Descrição das covariáveis de acordo com raça/cor segundo amostra analítica

A descrição das variáveis segundo grupos de raça/cor pode ser avaliada na tabela suplementar 1. Comparando-se as duas pesquisas, é possível perceber que mais de 50% das mulheres que se autodeclararam brancas residem no Sudeste e aquelas que se autodeclararam pretas e pardas encontram-se no Sudeste e Nordeste (mais de 30% em cada uma das regiões). Com relação à situação censitária, observou-se uma maior distribuição das mulheres brancas em áreas urbanas do que mulheres pretas e pardas; apesar dos valores para todos os grupos estarem acima de 80% para a área urbana comparada à rural.

Interessante perceber que 55,13% (IC 95% 53,4 – 56,85) das mulheres brancas declararam-se casadas em 2013, enquanto somente 39,43% (IC 95%,35,90 – 43,07) das mulheres Pretas declararam-se casadas; relação que se manteve em 2019. No que tange a escolaridade, mesmo com o aumento da escolaridade em todos os grupos, percebe-se que as mulheres brancas ocuparam em maior proporção as escolaridades mais altas quando comparadas à Pretas e Pardas em ambos os estudos.

Dentre as que responderam considerar sua saúde como muito boa ou boa, essa categoria foi selecionada por 70% das mulheres brancas em ambos os inquéritos, sendo menor para as mulheres Pretas (60%) e Pardas (57%). Já para o consumo de bebidas alcoólicas, é possível perceber um aumento na frequência de mulheres que bebem mais de uma vez ao mês, independentemente das categorias de raça/cor. Em relação a realização de exercício físico nos últimos três meses, a prática foi mais relatada entre as mulheres brancas que mulheres Pretas e Pardas; sendo perceptível o aumento de mulheres que praticam exercício físico entre as duas pesquisas em todos os grupos.

No que concerne ao cadastro na ESF, mais de 50% das mulheres possuem cadastro em ambas as pesquisas, mantendo o fato de que mulheres Pardas são a maioria cadastrada (2013: 69,09%; IC95% 67,25 – 70,88; 2019: 74,09%; IC95% 72,66 – 75,46) em contraponto às mulheres brancas (2013: 54,74%; IC95% 52,51 – 56,94; 2019: 63,28%; IC95% 61,04 – 65,46). Em contrapartida, no que se refere ao plano de saúde, percebe-se uma relação inversa ao cadastramento na ESF, onde há uma maior proporção do relato entre brancas que Pardas e Pretas. Por fim, quanto à última consulta médica, a maioria das mulheres, independentemente da raça/cor da pele autodeclarada, tiveram consulta há menos de 1 ano.

Tabela Suplementar 1 – Descrição das características sociodemográficas, de comportamento, e uso e acesso aos serviços de saúde de acordo com a raça segundo amostra analítica das mulheres de 25 a 64 anos participantes da PNS 2013 e 2019.

Variáveis	PNS 2013 (n=22,092)			PNS 2019 (n=29,430)		
	Branca % (IC 95%)	Preta % (IC 95%)	Parda % (IC 95%)	Branca % (IC 95%)	Preta % (IC 95%)	Parda % (IC 95%)
Região						
Norte	3,19 (2,82;3,61)	5,86 (4,69;7,29)	11,14 (10,37;11,96)	3,07 (2,74;3,43)	5,52 (4,67;6,50)	12,22 (11,54;12,94)
Nordeste	14,02 (13,06;15,03)	34,73 (31,14;38,5)	37,85 (36,16;39,56)	14,91 (14,00;15,87)	33,46 (30,95;36,06)	36,57 (35,25;37,92)
Sudeste	52,04 (50,35;53,73)	47,06 (42,76;51,42)	35,69 (33,76;37,67)	51,43 (49,60;53,25)	47,02 (44,02;50,05)	35,95 (34,27;37,67)
Sul	24,58 (23,2;26,02)	6,54 (5,16;8,25)	6,09 (5,18;7,14)	24,4 (23,14;25,71)	7,78 (6,24;9,66)	6,56 (5,88;7,32)
Centro-oeste	6,17 (5,66;6,71)	5,81 (4,81;6,99)	9,23 (8,59;9,92)	6,19 (5,64;6,792)	6,23 (5,36;7,22)	8,70 (8,09;9,34)
Situação censitária						
Urbana	90,63 (89,80;91,40)	88,67 (86,11;90,81)	83,32 (81,86;84,69)	90,81 (90,05;91,51)	88,16 (86,49;89,64)	84,84 (83,97;85,67)
Rural	9,37 (8,60;10,20)	11,33 (9,189;13,89)	16,68 (15,31;18,14)	9,19 (8,49;9,95)	11,84 (10,36;13,51)	15,16 (14,33;16,03)
Idade	43,49 (43,10;43,88)	42,78 (41,88;43,67)	42,19 (41,84;42,54)	44,84 (44,48;45,21)	43,71 (43,10;44,32)	43,09 (42,79;43,38)
Estado civil						
Casado	55,13 (53,40;56,85)	39,43 (35,90;43,07)	45,64 (43,82;47,48)	50,51 (48,81;52,2)	38,61 (35,94;41,36)	45,12 (43,79;46,46)
Separado/Divorciado	10,12 (9,16;11,17)	7,12 (5,45;9,26)	7,92 (7,03;8,92)	11,67 (10,73;12,68)	9,37 (7,93;11,03)	8,43 (7,73;9,19)
Viúvo	5,95 (5,22;6,77)	8,05 (5,79;11,09)	5,50 (4,79;6,29)	5,23 (4,65;5,87)	5,71 (4,44;7,29)	5,43 (4,92;6,00)
Solteiro	28,80 (27,31;30,34)	45,39 (41,42;49,42)	40,94 (39,24;42,65)	32,59 (31,12;34,10)	46,32 (43,6;49,05)	41,01 (39,7;42,34)
Escolaridade						
Sem instrução	3,91 (3,28;4,65)	8,28 (6,47;10,52)	9,17 (8,152;10,29)	2,40 (1,81;3,18)	5,02 (4,09;6,14)	4,71 (4,25;5,22)
≤ 8 anos	34,08 (32,43;35,77)	43,04 (38,98;47,19)	45,51 (43,84;47,19)	30,49 (29,03;31,99)	38,06 (35,15;41,05)	39,54 (38,20;40,90)
9 - 11 anos	35,56 (34,00;37,14)	34,38 (30,80;38,14)	31,6 (30,15;33,09)	34,35 (32,81;35,91)	38,86 (36,08;41,72)	38,80 (37,43;40,19)
≥ 12 anos	26,45 (24,80;28,18)	14,31 (11,59;17,55)	13,73 (12,56;14,98)	32,76 (30,99;34,58)	18,06 (15,86;20,50)	16,94 (15,96;17,97)
Auto-avaliação em saúde						
Muito boa/ Boa	68,07 (66,43;69,67)	60,60 (57,16;63,94)	57,15 (55,43;58,87)	70,67 (69,23;72,06)	59,11 (56,28;61,87)	57,91 (56,54;59,26)
Regular	26,55 (25,03;28,13)	31,59 (28,39;34,99)	35,50 (33,84;37,2)	24,49 (23,23;25,79)	31,84 (29,26;34,53)	34,43 (33,16;35,73)
Ruim / Muito ruim	5,38 (4,62;6,25)	7,80 (6,08;9,95)	7,34 (6,58;8,18)	4,85 (4,243;5,53)	9,05 (7,55;10,83)	7,66 (6,91;8,47)
Consumo de álcool						
Nunca bebe	70,82 (69,27;72,32)	67,94 (63,95;71,68)	73,35 (71,43;75,19)	62,93 (61,08;64,74)	65,20 (62,43;67,88)	70,18 (68,88;71,45)
< 1 vez por mês	13,19 (12,03;14,44)	14,42 (11,51;17,92)	11,59 (10,61;12,66)	13,06 (11,98;14,23)	11,62 (9,96;13,51)	11,52 (10,69;12,4)
≥ 1 vez por mês	15,99 (14,86;17,2)	17,64 (14,98;20,66)	15,05 (13,43;16,83)	24,01 (22,42;25,68)	23,18 (20,83;25,71)	18,30 (17,26;19,4)
Exercício nos últimos três meses						
Não	69,77 (68,12;71,36)	77,79 (74,16;81,04)	76,36 (74,72;77,93)	55,41 (53,65;57,15)	65,53 (62,89;68,08)	63,83 (62,57;65,06)
Sim	30,23 (28,64;31,88)	22,21 (18,96;25,84)	23,64 (22,07;25,28)	44,59 (42,85;46,35)	34,47 (31,92;37,11)	36,17 (34,94;37,43)
Registro ESF						
Não	45,26 (43,06;47,49)	38,09 (34,14;42,20)	30,91 (29,12;32,75)	36,72 (34,54;38,96)	29,34 (26,5;32,35)	25,91 (24,53;27,34)
Sim	54,74 (52,51;56,94)	61,91 (57,8;65,86)	69,09 (67,25;70,88)	63,28 (61,04;65,46)	70,66 (67,65;73,5)	74,09 (72,66;75,47)
Plano de saúde						
Não	58,47 (56,54;60,37)	75,21 (71,69;78,42)	77,57 (76,06;79,02)	60,22 (58,43;61,97)	77,01 (74,51;79,33)	77,56 (76,33;78,73)
Sim	41,53 (39,63;43,46)	24,79 (21,58;28,31)	22,43 (20,98;23,94)	39,78 (38,03;41,57)	22,99 (20,67;25,49)	22,44 (21,27;23,67)
Última consulta com médico						
< 1 ano	83,99 (82,68;85,23)	82,09 (78,69;85,05)	79,48 (78,18;80,73)	88,18 (87,03;89,23)	86,99 (84,90;88,82)	85,08 (84,12;85,99)
1 ano a < 2 anos	8,61 (7,778;9,528)	11,03 (8,685;13,92)	11,31 (10,31;12,4)	6,98 (6,19;7,87)	7,42 (5,92;9,27)	8,84 (8,15;9,59)
2 anos a < 3 anos	3,01 (2,48;3,66)	2,32 (1,61;3,34)	3,54 (3,02;4,14)	2,17 (1,74;2,72)	2,45 (1,79;3,35)	2,67 (2,26;3,15)
≥ 3 anos	4,38 (3,66;5,23)	4,55 (3,39;6,09)	5,66 (5,01;6,40)	2,67 (2,23;3,18)	3,14 (2,42;4,06)	3,40 (2,99;3,87)
Total	47,81 (46,58;49,03)	9,03 (8,33;9,78)	43,16 (42,00;44,34)	42,98 (41,90;44,06)	11,60 (10,96;12,26)	45,43 (44,40;46,46)

Fonte: Elaboração própria (2022).

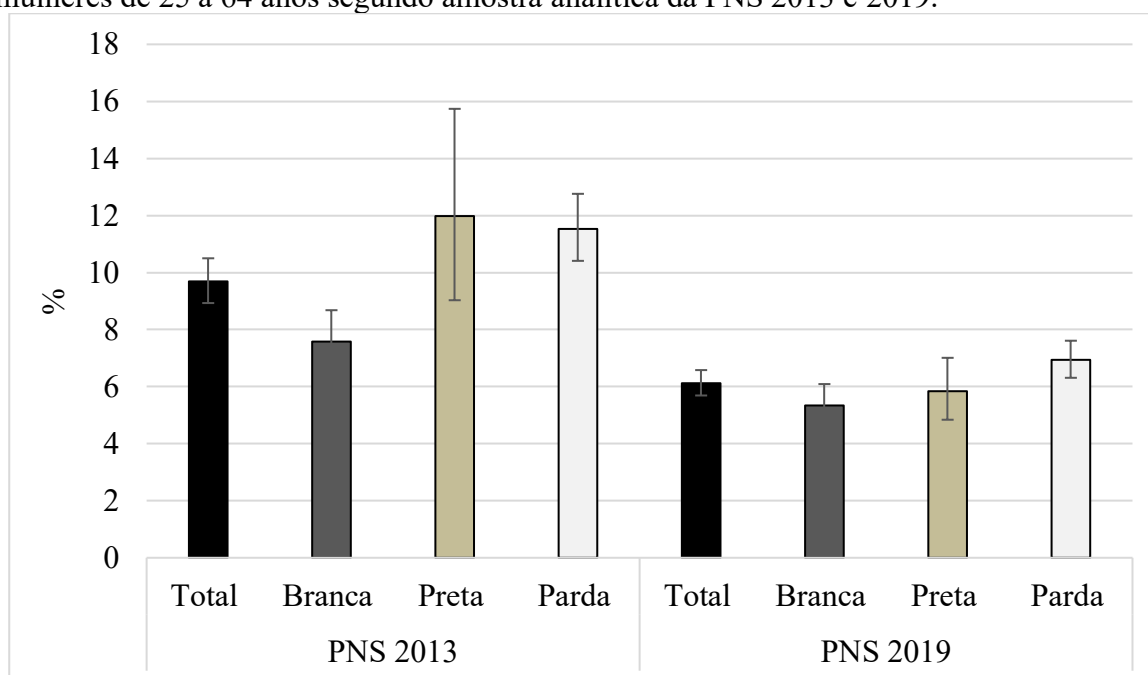
6.2 PREVALÊNCIA NO ACESSO A EXAMES PREVENTIVOS PARA CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

6.2.1 Distribuição de raça/cor segundo acesso a exame preventivo de câncer de colo de útero

A figura 3 apresenta a prevalência do desfecho entre os grupos de raça/cor das mulheres em ambos os inquéritos. Em 2013, a prevalência de não realização de exame citopatológico foi por volta de 11% para as mulheres Pardas e Pretas, e 7,58% para as brancas. Já em 2019, as prevalências de mulheres Pretas e brancas se aproximaram (sendo esta por volta de 5%) e mulheres Pardas apresentaram uma prevalência de 6,94%. Considerando a amostra estudada, a prevalência de não realização dos exames diminuiu para todos os grupos de raça/cor estudados entre 2013 e 2019.

No entanto, é possível perceber que ainda que haja uma diminuição expressiva entre mulheres Negras, a prevalência de não realização do exame citopatológico nesses dois grupos ainda é maior que nas mulheres brancas.

Gráfico 1 – Prevalência de não realização do exame citopatológico de acordo com a raça das mulheres de 25 a 64 anos segundo amostra analítica da PNS 2013 e 2019.



Fonte: Elaboração própria (2022).

6.2.2 Distribuição das covariáveis segundo acesso a exame preventivo de câncer de colo de útero

A tabela 2 apresenta a prevalência da não realização do exame citopatológico segundo as covariáveis. As mulheres que não realizaram o preventivo tinham idade média de 40 anos, residiam nas regiões Norte e Nordeste e em área rural e eram, em sua maioria, solteiras. Com relação à escolaridade, em 2013, 21,86% das mulheres que não realizaram o exame não possuíam qualquer instrução; em 2019, esse grupo contemplou 13,72% da amostra. Observou-se que quanto maior a escolaridade menor a prevalência do desfecho.

Quanto à autoavaliação em saúde, a prevalência do desfecho foi 9% e 6%, respectivamente, para todas as categorias entre os períodos investigados. A não realização de exame citopatológico foi o dobro entre aquelas que relataram nunca beber ou beber menos de uma vez ao mês em 2013, comparado ao grupo com maior ingestão de bebida alcoólica; já em 2019, a prevalência do desfecho pareceu diminuir conforme o aumento do consumo. Mulheres que relataram não praticar exercícios físicos nos últimos 3 meses apresentaram uma prevalência do desfecho quase duas vezes maior comparado aquelas mulheres que realizaram exercícios neste período.

Já com relação ao uso e acesso aos serviços de saúde, a prevalência de não realização do exame citopatológico foi maior nas mulheres que tinham cadastro na ESF e não possuíam plano de saúde. A prevalência também aumentou conforme o tempo desde a última consulta com o médico foi maior.

Tabela 2 – Prevalência de não realização do exame citopatológico de acordo com raça e covariáveis investigadas nas mulheres de 25 a 64 anos segundo amostra analítica da PNS 2013 e 2019.

Variáveis	PNS 2013 (n=22,092) % (IC 95%)	PNS 2019 (n=29,430) % (IC 95%)
Raça		
Branca	7,58 (6,61;8,69)	5,33 (4,67;6,09)
Preta	11,98 (9,03;15,74)	5,83 (4,84;7,01)
Parda	11,53 (10,41;12,76)	6,94 (6,32;7,61)
Idade	40,60 (39,72;41,48)	39,61 (38,74;40,49)
Região		
Norte	11,75 (9,93;13,85)	8,63 (7,41;10,04)
Nordeste	12,56 (11,33;13,91)	8,60 (7,85;9,41)
Sudeste	9,05 (7,71;10,60)	4,69 (3,96;5,53)
Sul	6,69 (5,19;8,58)	4,41 (3,62;5,37)
Centro-oeste	7,49 (6,30;8,89)	6,38 (5,05;8,03)
Situação censitária		
Urbana	8,96 (8,15;9,85)	5,53 (5,07;6,02)
Rural	14,65 (12,76;16,77)	10,38 (9,20;11,69)
Estado civil		
Casado	5,80 (5,05;6,66)	3,43 (2,99;3,93)
Separado/Divorciado	6,96 (4,72;10,15)	2,45 (1,66;3,59)
Viúvo	9,02 (6,75;11,93)	6,18 (4,67;8,14)
Solteiro	15,90 (14,46;17,45)	10,37 (9,47;11,35)
Escolaridade		
Sem instrução	21,86 (18,29;25,89)	13,72 (11,25;16,63)
≤ 8 anos	10,28 (9,15;11,53)	7,32 (6,57;8,15)
9 - 11 anos	9,18 (7,97;10,54)	5,47 (4,79;6,23)
≥ 12 anos	5,33 (4,32;6,55)	4,15 (3,40;5,05)
Autoavaliação em saúde		
Muito boa/ Boa	9,73 (8,81;10,75)	6,01 (5,48;6,58)
Regular	9,55 (8,39;10,85)	6,19 (5,39;7,09)
Ruim / Muito ruim	9,85 (7,86;12,28)	6,92 (5,19;9,18)
Consumo de álcool		
Nunca bebe	10,46 (9,57;11,43)	6,77 (6,22;7,36)
< 1 vez por mês	10,50 (8,39;13,06)	5,58 (4,46;6,95)
≥ 1 vez por mês	5,50 (4,53;6,65)	4,42 (3,64;5,34)
Exercício nos últimos três meses		
Não	11,31 (10,40;12,29)	7,36 (6,78;7,98)
Sim	5,21 (4,26;6,36)	4,23 (3,63;4,92)
Registro ESF		
Não	8,80 (7,70;10,03)	4,63 (3,93;5,44)
Sim	10,24 (9,26;11,31)	6,79 (6,256;7,366)
Plano de saúde		
Não	12,29 (11,3;13,36)	7,56 (7,00;8,16)
Sim	4,08 (3,27;5,09)	2,76 (2,26;3,37)
Última consulta com médico		
< 1 ano	7,58 (6,867;8,357)	5,08 (4,649;5,54)
1 ano a < 2 anos	15,04 (12,56;17,9)	10,12 (8,30;12,29)
2 anos a < 3 anos	17,05 (12,92;22,17)	14,06 (10,46;18,63)
≥ 3 anos	28,99 (24,09;34,43)	19,07 (15,73;22,93)
Total (prevalência global)	9,69 (8,93;10,50)	6,12 (5,69;6,58)

IC 95% - intervalo de confiança de 95%

Fonte: Elaboração própria (2022).

6.3 O QUE A RAÇA/COR DA PELE TEM A VER COM ISSO?

As tabelas 3 e 4 apresentam a associação entre o desfecho e a realização de exame citopatológico, para PNS 2013 e 2019, respectivamente. Ambas as tabelas indicam seis modelos, com inclusão das variáveis de ajuste conforme apresentado na metodologia.

6.3.1 Associação de raça e acesso a exame preventivo de câncer de colo de útero em 2013

Considerando apenas raça/cor (Modelo 1), mulheres Pretas e Pardas apresentaram 1,66 (IC 95% 1,17; 2,35) e 1,59 (IC: 1,32; 1,91), respectivamente, mais chances de não realizarem exame citopatológico comparado a mulheres brancas.

A inclusão da variável idade (Modelo 2) mostrou uma leve redução das diferenças injustas entre os grupos de raça/cor. O mesmo não ocorreu com o ajuste adicional pelas variáveis geográficas (Modelo 3). Ao incluir essas variáveis no modelo, as iniquidades entre as mulheres Pretas e Pardas comparadas às mulheres brancas reduziram consideravelmente, mantendo as diferenças significativas, no entanto. É com a inclusão das características sociais (Modelo 4), que as injustiças observadas até então somente pela raça/cor passam a não apresentar mais diferença estatisticamente significativa. Os modelos subsequentes (Modelo 5 e 6) demonstram que a magnitude das diferenças entre os grupos se mantém.

Tabela 3 - Associação entre categorias de raça/cor da pele e a não realização dos exames citopatológico segundo amostra analítica das mulheres de 25 a 64 anos participantes da PNS 2013.

	PNS 2013					
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
	OR (95% CI)					
Raça						
Branca	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Preta	1,66 (1,17;2,35)	1,64 (1,16;2,32)	1,48 (1,03;2,13)	1,18 (0,83;1,69)	1,22 (0,85;1,74)	1,21 (0,85;1,72)
Parda	1,59 (1,32;1,91)	1,55 (1,29;1,87)	1,36 (1,12;1,65)	1,14 (0,93;1,40)	1,17 (0,96;1,43)	1,14 (0,93;1,39)
Idade		0,98 (0,97;0,99)	0,98 (0,97;0,99)	0,98 (0,97;0,99)	0,98 (0,97;0,99)	0,98 (0,97;0,99)
Região						
Sul			ref	ref	ref	ref
Norte			1,45 (1,03;2,05)	1,25 (0,88;1,78)	1,16 (0,81;1,66)	1,02 (0,71;1,46)
Nordeste			1,61 (1,19;2,18)	1,33 (0,98;1,8)	1,30 (0,96;1,77)	1,22 (0,89;1,65)
Sudeste			1,36 (0,98;1,89)	1,45 (1,05;2,02)	1,38 (0,99;1,93)	1,39 (1,00;1,94)
Centro-oeste			1,02 (0,73;1,44)	1,03 (0,73;1,46)	1,01 (0,71;1,42)	0,95 (0,67;1,35)
Situação censitária						
Urbana			ref	ref	ref	ref
Rural			1,59 (1,33;1,91)	1,35 (1,12;1,65)	1,26 (1,04;1,52)	1,20 (0,99;1,46)
Estado civil						
Casado				ref	ref	ref
Separado/Divorciado				1,31 (0,87;1,97)	1,37 (0,91;2,05)	1,22 (0,85;1,77)
Viúvo				1,60 (1,12;2,29)	1,65 (1,15;2,36)	1,49 (1,05;2,13)
Solteiro				2,65 (2,20;3,20)	2,74 (2,27;3,31)	2,53 (2,09;3,06)
Escolaridade						
≥ 12 anos				ref	ref	ref
9 - 11 anos				1,69 (1,30;2,19)	1,51 (1,17;1,96)	1,26 (0,96;1,66)
≤ 8 anos				2,10 (1,62;2,72)	1,82 (1,40;2,37)	1,37 (1,03;1,84)
Sem instrução				5,10 (3,55;7,32)	4,23 (2,93;6,09)	3,00 (2,06;4,35)
Autoavaliação em saúde						
Muito boa/ Boa					ref	ref
Regular					0,85 (0,72;1,00)	0,94 (0,79;1,11)
Ruim / Muito ruim					0,81 (0,60;1,08)	0,98 (0,73;1,30)
Consumo de álcool						
Nunca bebe					ref	ref
< 1 vez por mês					0,97 (0,75;1,25)	0,99 (0,76;1,27)
≥ 1 vez por mês					0,50 (0,39;0,63)	0,50 (0,39;0,63)
Exercício nos últimos três meses						
Sim					ref	ref
Não					1,80 (1,43;2,26)	1,59 (1,26;2,00)
Registro ESF						
Sim						ref
Não						1,10 (0,90;1,34)
Plano de saúde						
Sim						ref
Não						1,87 (1,42;2,47)
Última consulta com médico						
< 1 ano						ref
1 ano a < 2 anos						1,68 (1,33;2,13)
2 anos a < 3 anos						2,06 (1,48;2,87)
≥ 3 anos						3,85 (2,93;5,05)

OR – odds ratio (razão de chances); IC 95% - intervalo de confiança de 95%

Fonte: Elaboração própria (2022)

6.3.2 Associação de raça e acesso a exame preventivo de câncer de colo de útero em 2019

No modelo 1, mulheres Pretas e Pardas apresentaram 1,10 (IC 95% 0,86; 1,40) e 1,32 (IC95%: 1,11; 1,57), respectivamente, mais chances de não realizarem exame citopatológico, quando comparadas às mulheres brancas. Observa-se neste modelo que a diferença entre mulheres brancas e pretas não é estatisticamente significativa.

Em 2019, a inclusão da variável idade (Modelo 2) demonstra redução das iniquidades entre os grupos de raça/cor da pele. Entretanto, a partir da inclusão das variáveis geográficas e sociais (Modelo 3 em diante), é possível perceber que a variável raça/cor perde significância estatística nos modelos ao tentar explicar as iniquidades entre mulheres Negras e brancas.

Tabela 4 - Associação entre categorias de raça/cor da pele e a não realização dos exames citopatológicos segundo amostra analítica das mulheres de 25 a 64 anos participantes da PNS 2019.

	PNS 2019					
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
	OR (95% CI)					
Raça						
Branca	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Preta	1,10 (0,86;1,40)	1,05 (0,83;1,34)	0,90 (0,71;1,15)	0,74 (0,57;0,95)	0,73 (0,56;0,94)	0,70 (0,54;0,91)
Parda	1,32 (1,11;1,57)	1,24 (1,04;1,48)	0,99 (0,83;1,20)	0,87 (0,71;1,06)	0,86 (0,70;1,05)	0,82 (0,67;1,00)
Idade		0,96 (0,95;0,97)	0,96 (0,95;0,97)	0,96 (0,95;0,97)	0,96 (0,95;0,97)	0,96 (0,95;0,97)
Região						
Sul			ref	ref	ref	ref
Norte			1,80 (1,35;2,40)	1,69 (1,27;2,26)	1,60 (1,19;2,14)	1,49 (1,11;2,01)
Nordeste			1,88 (1,47;2,40)	1,68 (1,31;2,16)	1,67 (1,30;2,15)	1,55 (1,21;1,99)
Sudeste			1,12 (0,85;1,48)	1,23 (0,93;1,64)	1,24 (0,93;1,66)	1,29 (0,97;1,74)
Centro-oeste			1,50 (1,08;2,08)	1,53 (1,10;2,13)	1,54 (1,10;2,16)	1,52 (1,09;2,13)
Situação censitária						
Urbana			ref	ref	ref	ref
Rural			1,68 (1,42;1,99)	1,36 (1,13;1,63)	1,30 (1,09;1,56)	1,21 (1,01;1,45)
Estado civil						
Casado				ref	ref	ref
Separado/Divorciado				0,86 (0,56;1,32)	0,90 (0,59;1,38)	0,86 (0,56;1,33)
Viúvo				2,35 (1,66;3,34)	2,46 (1,73;3,50)	2,37 (1,67;3,38)
Solteiro				2,54 (2,12;3,03)	2,70 (2,25;3,25)	2,60 (2,16;3,13)
Escolaridade						
≥ 12 anos				ref	ref	ref
9 - 11 anos				1,27 (0,98;1,65)	1,14 (0,88;1,48)	0,96 (0,74;1,26)
≤ 8 anos				2,19 (1,70;2,82)	1,87 (1,43;2,44)	1,47 (1,11;1,94)
Sem instrução				4,56 (3,19;6,50)	3,61 (2,49;5,24)	2,90 (1,99;4,22)
Autoavaliação em saúde						
Muito boa/ Boa					ref	ref
Regular					0,94 (0,77;1,15)	1,00 (0,83;1,22)
Ruim / Muito ruim					1,04 (0,73;1,47)	1,18 (0,83;1,67)
Consumo de álcool						
Nunca bebe					ref	ref
< 1 vez por mês					0,74 (0,57;0,96)	0,72 (0,56;0,95)
≥ 1 vez por mês					0,59 (0,47;0,75)	0,60 (0,47;0,76)
Exercício nos últimos três meses						
Sim					ref	ref
Não					1,47 (1,21;1,80)	1,35 (1,10;1,64)
Registro ESF						
Sim						ref
Não						0,84 (0,68;1,04)
Plano de saúde						
Sim						ref
Não						1,64 (1,28;2,10)
Última consulta com médico						
< 1 ano						ref
1 ano a < 2 anos						1,71 (1,35;2,17)
2 anos a < 3 anos						2,58 (1,82;3,65)
≥ 3 anos						3,62 (2,78;4,70)

OR – odds ratio (razão de chances); IC 95% - intervalo de confiança de 95%

Fonte: Elaboração própria (2022)

6.4 “MINHA DOR É PERCEBER QUE APESAR DE TERMOS FEITO TUDO O QUE FIZEMOS, AINDA SOMOS OS MESMOS” - COMPARAÇÃO ENTRE AS INIQUIDADES RACIAIS NO ACESSO AOS EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO ENTRE AS PNS DE 2013 E 2019

Na tabela 5 têm-se a comparação entre os resultados das duas PNS a partir dos modelos de associação entre categorias de raça e o desfecho estudado, considerando o modelo não ajustado (Modelo 1), o modelo ajustado por idade e características geográficas e sociodemográficas (Modelo 4) e o modelo ajustado por todas as variáveis (Modelo 6).

A partir do modelo não ajustado, presume-se a diminuição das iniquidades entre 2013 e

2019. Em 2013, as chances de não realização de citopatológico eram maiores entre mulheres Pretas e Pardas, em torno de 60% maiores que mulheres brancas; já em 2019, diferenças estatisticamente significativas foram observadas somente em mulheres Pardas, sendo que estas passam a apresentar uma chance 32% maior de não realização de citopatológico comparadas às mulheres brancas.

Em ambos os estudos, a inclusão das características geográficas e sociodemográficas nos modelos diminuíram consideravelmente a chance de não realização de citopatológico entre mulheres Pretas e Pardas e brancas.

Ao se incluir todas as variáveis no modelo, é possível perceber que em 2013 a magnitude da diferença entre negras e brancas é bem maior que em 2019, porém nenhum dos estudos apresentou diferenças entre os grupos de raça/cor estatisticamente significativa. Isso evidencia que a variável raça/cor sozinha não se sustentou ao explicar as injustiças raciais referentes aos exames preventivos quando se incluiu as demais variáveis.

Tabela 5 – Comparação entre os modelos de associação entre categorias de raça/cor da pele e não realização dos exames citopatológicos segundo amostra analítica das mulheres de 25 a 64 anos participantes da PNS 2013 e 2019.

	Modelo 1 (Não ajustado)	Modelo 4 (ajustado por idade, características geográficas e sociais)	Modelo 6 (ajustado por todas covariáveis)
	OR (95% CI)		
PNS 2013			
Raça			
Branca	ref	ref	ref
Preta	1,66 (1,17;2,35)	1,18 (0,83;1,69)	1,21 (0,85;1,72)
Parda	1,59 (1,32;1,91)	1,14 (0,93;1,40)	1,14 (0,93;1,39)
PNS 2019			
Raça			
Branca	ref	ref	ref
Preta	1,10 (0,86;1,40)	0,74 (0,57;0,95)	0,70 (0,54;0,91)
Parda	1,32 (1,11;1,57)	0,87 (0,71;1,06)	0,82 (0,67;1,00)

OR – odds ratio (razão de chances); IC 95% - intervalo de confiança de 95%

Fonte: Elaboração própria (2022).

7 DISCUSSÃO

O presente estudo evidencia que as chances de não realizar o exame citopatológico em mulheres Pretas e Pardas são maiores quando comparado à mulheres brancas; e que houve diminuição da prevalência de não realização ao longo do tempo. As iniquidades raciais não são observadas em ambos os períodos investigados, pois ainda que a magnitude das diferenças tenha diminuído consideravelmente entre 2013 e 2019, a análise evidencia que a característica social raça sozinha não é capaz de explicar as diferenças no acesso ao exame citopatológico.

Estudos transversais de base populacional realizados no município de São Leopoldo, no sul do Brasil, identificaram que mulheres não brancas tinham maior prevalência de exames citopatológicos atrasados (20,3%) (MULLER, 2008) e maior prevalência de nunca terem realizado o citopatológico quando comparadas às mulheres brancas (19,2% e 9,8%, respectivamente) (DIAS-DA-COSTA et. al, 2019). Entretanto, a associação encontrada entre raça/cor e os desfechos de ambos os estudos não foi estatisticamente significativa após o ajuste com as demais características sociodemográficas, corroborando com o presente estudo.

Isso pode ser explicado pelo fato de haver mais de 70% de mulheres brancas na amostra, sendo a mesma pouco representativa para outras categorias de raça/cor diferentemente desta análise, que é a primeira a focar em iniquidades raciais com uso de um banco de dados nacional, considerando o período crítico entre 2013 e 2019, sobretudo com a alteração da Política Nacional de Atenção Básica (2017), que reorientou a cobertura assistencial e a oferta de serviços na APS.

Bairros e colaboradores (2011) também observaram a importância dessas características sociais na relação raça/cor no Sul do Brasil, realizando análises estratificadas segundo características sociodemográficas. Os mesmos observaram que mulheres negras que estavam na faixa etária de 40 a 60 anos de idade apresentaram maiores chances de nunca ter participado do programa de rastreamento (RP=3,63; IC 95%: 2,09-5,39) (BAIROS et al, 2011). Ser negra, ter de 40 a 60 anos, baixa escolaridade e menor renda foram características atribuídas a apresentar este desfecho, achados interessantes que consideram outras variáveis além da raça/cor, aproximando-se de análises interseccionais.

Já Martínez-Mesa e colaboradores (2013), em seu estudo com o uso de dados da PNAD 2008, primeiro estudo de base populacional considerando a mesma faixa etária da amostra deste estudo, observaram que as mulheres não brancas apresentaram uma razão de prevalência 1,43 vezes maior que as mulheres brancas. Assim como Bairros e colaboradores, os autores

observaram que mesmo após a estratificação, as diferenças raciais permaneceram, sendo pior para mulheres não brancas residentes na zona rural comparadas às residentes na zona urbana (MARTÍNEZ-MESA et al, 2013).

Quando comparado ao presente estudo, é possível perceber diminuição das iniquidades raciais após o ajuste por idade e características geográficas em 2013, o que não ocorreu em 2019. Isso pode ser atribuído, dentre outros fatores, à melhora na cobertura e oferta de serviços nas regiões mais marginalizadas do Brasil. No entanto, ainda é perceptível que há desigualdades entre as regiões, observando-se as altas taxas de mortalidade nas regiões menos desenvolvidas do país desde a década de 1980 (REIS et al., 2020).

O aumento de cobertura dos exames preventivos é um fator imprescindível para que as diferenças sociais entre a população diminuam (MALTA et al, 2020). Segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil, a cobertura do exame citopatológico no país diminuiu entre 2010 (82,2%) e 2019 (81,5%), não atingindo a meta proposta para o ano de 2022, que seria alcançar cobertura de 85% ou mais de realização do exame. Sabe-se que quanto maior a cobertura atingida através do rastreamento, menor a incidência e a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero (BRASIL, 2021).

Observando-se os dados do INCA apresentados na figura 2 anteriormente, vê-se que a região Nordeste foi a última a ultrapassar 80% de cobertura, chegando a meta após 2019. Este dado corrobora com os achados deste trabalho, quando o Nordeste foi a região que concentrou a maior proporção de mulheres que não realizou o exame citopatológico em 2013 (12,56%). Em 2019, foram 8,6% de mulheres que não realizaram o exame, ficando atrás apenas da região Norte.

Ainda há concentração de serviços em grandes centros urbanos, fazendo com que a cobertura nas demais regiões seja menor e que a mortalidade por CCU seja maior. Tratando-se das diferenças regionais, Souza (2019) conclui que houve maior desigualdade na taxa de mortalidade por CCU em Negras na região Norte, entre 2002 e 2017, sendo esta 64% maior do que em mulheres brancas. Dito isto, faz-se importante que se discuta a importância de se manter uma alta cobertura dos exames, mas que somente estas, não garantem a melhoria das iniquidades no acesso aos serviços (BAIROS et al., 2011). A análise temporal avalia que houve uma maior queda na taxa de mortalidade na população branca, enquanto houve aumento de aproximadamente 367% na taxa de óbitos na população Negra (SOUZA, 2019).

Há também maior desvantagem social entre mulheres Negras, que tem seu acesso vulnerabilizado por seus determinantes sociais em saúde, e por isso, é fundamental a existência,

implementação, monitoramento e avaliação de políticas que enfoquem a melhoria das características socioeconômicas dessas populações vulnerabilizadas (BAIRROS et al, 2011). Nesse sentido, Barcelos et al. (2017) discutem como positivo o maior acesso e maior orientação para o exame preventivo nas mulheres que eram beneficiárias do Programa Bolsa Família, apontando a importância de investimentos não só na estrutura e processo de trabalho da APS, bem como nos programas de transferência de renda e progresso das condições sociais da população.

Dias-da-Costa e colaboradores (2019) trazem que as mulheres que não possuíam plano de saúde tinham duas vezes mais chances de estar em atraso na realização do citopatológico, em comparação com as mulheres que possuíam plano de saúde ou realizavam consultas pagas. Já com relação às mulheres que nunca fizeram citopatológico, as mulheres que não tinham plano de saúde tinham 1,5 vezes mais chances de nunca o terem feito, em comparação com quem possuía plano de saúde ou realizava consultas pagas. Segundo a PNS 2019, estima-se que 71,5% da população brasileira é exclusivamente dependente do SUS para seus cuidados em saúde, ou seja, não possuem qualquer tipo de plano de saúde. Outrossim, a proporção da cobertura de planos de saúde é menor entre Pretos e Pardos (21,4% e 20,1%, respectivamente) (IBGE, 2020b).

Corroborado a isso, Constante, Marinho e Bastos (2021) compararam os dados da PNAD 2008, PNS 2013 e PNS 2019, observando que mesmo com o aumento da cobertura da ESF ao longo do tempo, sobretudo na população Negra, a dificuldade em acessar os serviços de saúde foi maior entre Negros do que entre brancos e este indicador se manteve estável no período estudado (CONSTANTE, MARINHO, BASTOS, 2021). Portanto, mulheres Negras seguem em desvantagem no acesso aos exames citopatológicos, ainda que se considere a oferta destes nos serviços privados, como complementares a oferta no SUS. Existe um estrato populacional brasileiro que nunca teve acesso a esses exames e está sendo mais prejudicado quanto sua prevenção ao câncer de colo de útero: as mulheres Negras.

Estudo de Quadros, Victora e Costa (2004) trouxe em seus achados que, apesar de frequentarem consultas tão frequentemente quanto mulheres brancas, mulheres não brancas receberam cobertura de exame citopatológico significativamente menor nos setores público e privado. Além disso, fazem menção à estudo realizado no mesmo local, onde a maioria dos médicos (quase exclusivamente brancos) tinham menos propensão a realizar exames ginecológicos e exame clínico das mamas durante o pré-natal de mulheres negras, quando comparado às mulheres brancas. Os autores apontam que esses achados sugerem que os

profissionais de saúde podem estar discriminando as mulheres não brancas (QUADROS, VICTORA, COSTA, 2004), trazendo foco ao principal fator causal envolvido: o racismo.

É importante considerar que o racismo sistêmico é um fator contributivo para a baixa cobertura e baixa adesão no rastreamento do CCU. Considerando que o exame citopatológico é o exame preconizado, eficaz e de baixo custo recomendado para a prevenção de CCU, sobretudo no âmbito da APS, faz-se cada vez mais necessário promover a oferta desse serviço de forma equânime, sobretudo, entre diferentes grupos raciais (JOHNSON et al., 2020, McDANIEL, 2021).

As iniquidades raciais também são evidentes em outros países, como apontado por Fuzzell (2021) em seu estudo transversal com dados de base populacional nos Estados Unidos da América, que apontou a permanência de iniquidades raciais de 2014 a 2018, apontando o racismo sistêmico como uma questão importante a ser analisada, tanto para a realização do exame quanto para o seguimento após os resultados (FUZZELL, 2021). Moser (2009) também demonstra em seu estudo que a etnia ocupa significativa importância no rastreamento de CCU na Inglaterra, que possui um sistema de saúde parecido com o modelo brasileiro no que tange à oferta de serviços preventivos. Na Escócia, participantes de diferentes grupos étnicos apontaram diversas dificuldades para a realização do citopatológico, como a ignorância, o racismo e também, a falta de representatividade na formação e experiência dos profissionais de saúde, que tiveram algumas práticas consideradas como ignorantes e outras, também, explicitamente racistas (NELSON, 2021).

No presente estudo, raça/cor não se mostrou associada a não realização do exame citopatológico quando da inclusão de outras covariáveis. Isso por si só, não demonstra que não haja iniquidade racial, visto que a raça é uma expressão do racismo. Isto posto, apesar de a raça/cor ser uma variável de importância para explicar a variação do desfecho, ela permite identificar apenas em parte como se dão as desigualdades e injustiças produzidas pelo racismo, que está vivo e se expressa no cotidiano das pessoas, seja de forma intrapessoal, interpessoal ou institucional (SOUZA, 2019). Outrossim, o racismo estrutural impacta nas outras características socioeconômicas e demográficas, que ditam o nascer, o viver e o morrer no Brasil e que são responsáveis pela redução das iniquidades apresentadas neste e em demais estudos.

Dentre as limitações do estudo, é importante citar a possibilidade de subnotificação do desfecho, bem como viés de recordação relacionado ao tempo em que foi feito o exame, visto que estas variáveis são autorreferidas e pode ter havido o desejo de uma melhor percepção das mulheres frente aos entrevistadores. Além disso, é importante ressaltar que o delineamento do

estudo não permite relação causal, sendo possível apenas que se explore a relação entre a não realização do citopatológico e a raça/cor da pele. Por fim, o presente estudo não considera toda a complexidade envolvida na representação da variável raça; logo, as análises aqui realizadas não podem ser interpretadas como a inexistência de iniquidades raciais no acesso aos exames preventivos de CCU. Contrariamente, há necessidade de se considerar as relações entre raça e demais contextos e características sociais para avaliar a oferta e uso dos serviços destes grupos que já vem sendo constantemente marginalizados.

No contexto do nosso país, o “apreço às distinções” e o mito da democracia racial fazem com que os estudos sobre iniquidades raciais e a falta de equidade na oferta e acesso aos serviços de saúde sejam escassos. Visto que a raça/cor da pele é apenas uma variável para expressar iniquidade dentro de uma análise tão complexa, é fundamental que se rompa a técnica de análise com uso desta variável como apenas uma característica a ser acrescentada nos modelos, e sim, que se considere de que modo a intersecção da raça com outras características socioeconômicas traduzem a situação de saúde de populações vulnerabilizadas e colocadas às margens, como feito por Constante e Bastos (2021), que identificaram a dificuldade de acesso aos serviços de saúde brasileiros em 2013, relacionadas tanto à raça/cor quanto ao nível de escolaridade.

Além disso, faz-se necessário que novos estudos tragam novas metodologias que permitam aferir e discutir apropriadamente os impactos diretos do racismo como fator predominante das injustiças na saúde da população negra brasileira, sendo a teoria da interseccionalidade um ponto de partida tanto de pesquisas, quanto na formulação de políticas públicas para mitigar as iniquidades raciais em saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto hipóteses deste estudo, presumiu-se que mulheres negras apresentaram maiores frequências de nunca terem realizado o exame citopatológico comparado a mulheres brancas (H1); que as iniquidades entre raça/cor são atenuadas pelas características sociodemográficas, comportamentais, de uso e acesso aos serviços de saúde (H2); e que as iniquidades no acesso ao exame citopatológico entre mulheres brasileiras reduziram ao longo do tempo (H3). Os resultados observados apoiaram as hipóteses, porém não integralmente. Ainda que mulheres Negras tenham maior prevalência de não realização de citopatológicos, após ajustes, sobretudo das características sociodemográficas, não foi observado diferenças estatísticas entre as categorias de raça/cor.

Assim, a partir da metodologia escolhida, os resultados parecem evidenciar que a variável raça/cor não é capaz de sustentar sozinha a explicação das injustiças raciais referentes aos exames preventivos. É importante ressaltar ainda que isso não significa que as iniquidades raciais no acesso a esse exame não exista. Desse modo, faz-se necessário que outros estudos invistam em novas metodologias de análise que trabalhem de forma mais apropriada a intersecção entre raça/cor e demais características contextuais e sociais. A interseccionalidade é uma teoria e metodologia de análise sensível, no sentido de considerar a existência e vivência das mulheres a partir de suas características sociais, expondo as opressões vividas por estes grupos racialmente produzidos.

É preciso reconhecer que a melhoria das condições socioeconômicas, que interseccionam a raça/cor, trarão impactos positivos para a situação de saúde da população negra e especificamente, na vida de mulheres Negras, sendo importante considerá-las como protagonistas desde a formulação das políticas públicas, que enxerguem sua saúde em um contexto ampliado.

Ao considerar as populações às margens das margens, essa dissertação revela a necessidade da discussão sobre como o racismo impacta o nascer, viver e morrer, sobretudo de mulheres Negras, como fator predominante das injustiças na saúde, de forma a demarcar a importância de não continuar mantendo grupos em privilégio, em detrimento da manutenção dessas populações em situação de vulnerabilidade. Sendo a raça/cor da pele expressão do racismo, é importante que futuros estudos considerem de que modo a intersecção da raça com outras características socioeconômicas traduzem a marginalização da população na dificuldade do acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- BAIROS, F.S. et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(12):2364-2372, dez, 2011.
- BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- BARBOSA, Isabelle. Regional and Socioeconomic Differences in the Coverage of the Papanicolaou Test in Brazil: Data from the Brazilian Health Survey 2013. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 39, n. 09, p. 480–487, 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1604481. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0037-1604481>.
- BARBOSA, Yonna Costa; OLIVEIRA, Ana Gabriela Caldas; RABÊLO, Poliana Pereira Costa; SILVA, Francelena De Sousa; SANTOS, Alcione Miranda Dos. Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 22, p. 1–13, 2019. DOI: 10.1590/1980-5497201900069. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100461&tlng=pt.
- BARCELOS, Mara Rejane Barroso, et al. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. **Rev Saude Publica**. 2017;51:67.
- BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (org.). **Saúde da População Negra**. 2. ed. Brasília - Df: Abpn - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. Coleção negras e negros : pesquisas e debates / coordenação Tânia Mara Pedroso Müller.
- BRASIL, Ministério da Saúde; IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento (ed.). **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, [Ministério da Saúde]. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 105 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (org.). **O que é PNS?** 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 13 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes para o diagnóstico precoce do câncer de mama**. Brasília. Distrito Federal, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_DDT_CancerMama_final.pdf. Acesso em: 11 mai. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise

de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 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; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Risso de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1586-1594, Oct. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500033>.

CONSTANTE, H.M., MARINHO, G.L., BASTOS, J.L. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. **Ciência e Saúde Coletiva**, 26 (9): 3981,3990, 2021.

CONSTANTE, H. M., BASTOS, J.L. .Mapping the Margins in Health Services Research: How Does Race Intersect With Gender and Socioeconomic Status to Shape Difficulty Accessing HealthCare Among Unequal Brazilian States?. **International Journal of Health Services** 2021, Vol. 51(2) 155–166.

CRUZ, Isabel CF da. Health and racial inequities in Brazil: the Black population - a literature review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 5, n. 2, aug. 2006. ISSN 1676-4285. Available at: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/400/95>>. Date accessed: 11 mai. 2021. doi:<https://doi.org/10.5935/1676-4285.2006400>.

DE CARVALHO, P. G.; O'DWYER, G.; RODRIGUES, N. C. P. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. 118, p. 687–701, 2018. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/129>. Acesso em: 11 maio. 2021.

DIAS-DA-COSTA, et al. Fatores associados a não realização de exame citopatológico em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2015: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 28(1):e2018203, 2019

DUARTE, Daniela de Almeida Pereira; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Social Iniquity and Mortality Related to Breast and Cervical Cancers: an Integrative Review / Iniquidade Social e Mortalidade por Câncer de Mama e Colo do Útero: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 877,

2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.877-888. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6154>.

FUZZELL, L.N. et al. Cervical cancer screening in the United States: Challenges and potential solutions for underscreened groups. **Preventive Medicine**, 2021, 144;106400.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400004>.

hooks, bell. *Erguer a Voz: Pensar como feminista, pensar como negra*. São Paulo: Elefante, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). COORDENAÇÃO DE TRABALHO E RENDIMENTO. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.: características gerais dos domicílios e dos moradores**: 2019. Rio de Janeiro, 2020a. 8 p. Disponível em:https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2020b, 78p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 5 set. 2019.

JOHNSON, N. L. Persistent Disparities in Cervical Cancer Screening Uptake: Knowledge and Sociodemographic Determinants of Papanicolaou and Human Papillomavirus Testing Among Women in the United States. **Public Health Reports** 2020, Vol. 135(4) 483-491.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira Da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento Do; SANTOS, Ricardo Ventura. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, p. e00078816, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00078816.

MALTA, D.C. et al. Inequalities in mammography and Papanicolaou test coverage: a time-series study. **São Paulo Med J**. 2020; 138 (6): 475-82.

MARTÍNEZ-MESA, J. et al. Inequalities in Pap smear screening for cervical cancer in Brazil. **Preventive Medicine** 57 (2013) 366–371.

McDANIEL, C.C. et al. Persistent racial disparities in cervical cancer screening with Pap test. **Preventive Medicine Reports** 24 (2021), 101652.

MOSER, K. et al. Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. *BMJ* 2009; 338:b2025. 05 Jun 2022.

MULLER, D.K. et al. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(11):2511-2520, nov, 2008.

NELSON, Mia et al. "Experiences of cervical screening participation and non-participation in women from minority ethnic populations in Scotland." *Health expectations*: vol. 24,4 (2021): 1459-1472. doi:10.1111/hex.13287

NOGUEIRA, Mário Círio et al . Inequities in access to mammographic screening in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 35, n. 6, e00099817, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705015&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2021. Epub July 04, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00099817>.

QUADROS, C. A. T. de, VICTORA, C. G., COSTA, J. S. D. da. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in Southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16 (4):223-32.

RAMOSE, Mogobe; **Sobre a legitimidade e o estudo da filosofia africana**. Tradução: Dirce Eleonora Nigro Solis, Rafael Medina Lopes e Roberta Ribeiro Cassiano. In: *Ensaio Filosóficos*, Volume IV, Out. de 2011. Disponível em: <http://www.ensaiosfilosoficos.com.br/Artigos/Artigo4/RAMOSE_MB.pdf>. Acesso em: 5 set 2019.

REIS, N. et al. The Global Burden of Disease Study Estimates of Brazil's Cervical Cancer Burden. *Annals of Global Health*. 2020; 86 (1): 56, 1-12.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. *Dados*, Rio de Janeiro , v. 54, n. 1, p. 05-40, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582011000100001&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582011000100001>.

SOUZA, A.S.P. **Diferenças raciais na mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

STOPA, Sheila Rizzato et al . Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 29, n. 5, e2020315, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000501201&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2021. Epub Oct 05, 2020. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>

SZWARCWALD CL et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):333-342, 2014.

THEME FILHA, Mariza Miranda et al. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. *International Journal for Equity in Health*, v.15, n.1, p.1-8, 2016

VALE, Diama Bhadra Andrade Peixoto do et al . Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 2, p. 383-390, Feb. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 10 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200017>.

ANEXO A – VARIÁVEIS INVESTIGADAS NESTA DISSERTAÇÃO COM RESPECTIVO CÓDIGO ATRIBUÍDO NA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013 E 2019

Descrição	Categorias de resposta	Código de variáveis
Variáveis dependentes		
<i>Quando foi a última vez que a Sra fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?</i>	Menos de 1 ano atrás; De 1 ano a menos de 2 anos; De 2 anos a menos de 3 anos; 3 anos ou mais atrás; Nunca fez; Não aplicável.	2013 – R001 2019 – R00101
Variável de exploração de interesse		
Cor ou raça	Branca; Preta; Amarela; Parda; Indígena; Ignorado; Não Aplicável	C009
Covariáveis		
Unidade da Federação	Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Tocantins, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal.	V0001
Tipo de situação censitária	Urbano, Rural.	V0026
<i>O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?</i>	Sim, Não, Não sei, Não Aplicável (2013) Sim, Não, Não sabe, Ignorado, Não Aplicável (2019)	B001
Idade do morador na data de referência	Idade (em anos)	C008
Estado Civil	Casado(a), Separado (a) ou desquitado (a), Divorciado (a), Viúvo (a), Solteiro (a), Não aplicável.	C011
Nível de instrução mais elevado alcançado (pessoas de 5 anos ou mais de idade) padronizado para o Ensino Fundamental - SISTEMA DE 9 ANOS	Sem instrução; Fundamental incompleto ou equivalente; Fundamental completo ou equivalente; Médio incompleto ou equivalente; Médio completo ou equivalente; Superior incompleto ou equivalente; Superior completo; Não aplicável	VDD004A
<i>Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?</i>	Não bebo nunca; Menos de uma vez por mês; Uma vez ou mais por mês; Ignorado; Não aplicável.	P027
<i>Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)</i>	Sim, Não, Não aplicável.	P034
<i>Em geral, como o(a) Sr(a) avalia a sua saúde?</i>	Muito boa; boa; regular; ruim; muito ruim; ignorado; não aplicável.	N001
<i>Sr(a) tem algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?</i>	Sim, Não, Ignorado, Não aplicável	2013 – I001 2019 – I00101, I00102
<i>Quando o(a) Sr(a) consultou um médico pela última vez?</i>	Nos doze últimos meses; De 1 ano a menos de 2 anos; De 2 anos a menos de 3 anos; 3 anos ou mais; Nunca foi ao médico.	2013 – J011 2019 – J01101

Fonte: Elaboração própria, 2022.

**ANEXO A (CONTINUAÇÃO) – VARIÁVEIS INVESTIGADAS NESTA DISSERTAÇÃO
COM RESPECTIVO CÓDIGO ATRIBUÍDO NA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE
2013 E 2019**

Descrição	Categorias de resposta	Código de variáveis
Variáveis utilizadas para restrição da análise		
Sexo	Masculino; Feminino	C006
Seleção do morador para responder o questionário individual	Sim; Não; Não aplicável.	2013 - V0025 2019 - V0025A

Fonte: Elaboração própria (2022).