

# III CONGRESSO REGIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

## GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA BASEADAS EM EVIDÊNCIAS: ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL



**1º EDIÇÃO**

**ORGANIZADORES**

Lara Lima Araújo

Cristiano Borges Lopes

Jordana Gonçalves Vilela Sousa

Rebeca Alves Ferreira Nery Moreira



### ORGANIZADORES:

LARA LIMA  
CRISTIANO BORGES LOPES  
JORDANA GOLÇALVES VILELA SOUSA  
REBECA ALVES FERREIRA NERY MOREIRA

### CRÉDITOS DE PUBLICAÇÃO

#### Editora – Chefe:

Rebeca Alves Ferreira Nery Moreira

#### Projeto Gráfico:

Marlison Kawan Dias Oliveira

#### Diagramação:

Cristiano Borges Lopes

#### Revisão:

Os Autores

### FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Ginecologia e obstetrícia baseadas em evidências :  
abordagem multiprofissional [livro eletrônico] /  
organizadores Lara Lima Araújo...[et al.]. --  
1. ed. -- Baixio, CE : Editora Intellectus,  
2025.  
PDF

Outros organizadores: Cristiano Borges Lopes,  
Jordana Gonçalves Vilela Sousa, Rebeca Alves Ferreira  
Nery Moreira.

Bibliografia.  
ISBN 978-65-986775-5-8

1. Ginecologia 2. Medicina baseada em evidências  
3. Obstetrícia I. Araújo, Lara Lima. II. Lopes,  
Cristiano Borges. III. Sousa, Jordana Gonçalves  
Vilela. IV. Moreira, Rebeca Alves Ferreira Nery.

25-324303.2

CDD-618

NLM-WQ 018

#### Índices para catálogo sistemático:

1. Ginecologia e obstetrícia 618

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427





### CONSELHO EDITORIAL

**Inaldo Kley do Nascimento Moraes**  
*Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia (UESB)*

**Francisco Ronner Andrade da Silva**  
*Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM)*

**Rodrigues Martins de Jesus**  
*Faculdade Maurício de Nassau  
(UNINASSAU)*

**Érika Roberta Soares Lopes**  
*Centro Universitário Maurício de Nassau  
(UNINASSAU)*

**Pedro Jonathan Sousa Araujo**  
*Universidade Federal do Delta do  
Parnaíba (UFDPAr)*

**Xênia Maria Fideles Leite de Oliveira**  
*Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM)*

### COMISSÃO ORGANIZADORA

Jordana Gonçalves Vilela Sousa  
Silvia Maria Muniz de Barros  
Tallyta Veras Rodrigues  
Lara Lima Araújo

Edilene dos Santos Celestino  
Rebeca Alves Ferreira Nery Moreira  
Cristiano Borges Lopes

### MONITORES

Ana Clara Queiroz da Cruz  
Beatriz Neves Guedes  
Camila de Cintra Reis  
Êmily Estéfane Gomes da Silva  
Giovanna Abe Rodrigues de Melo  
Jamilly Ferreira da Silva  
Marcelo de Araújo Lopes Júnior  
Maria Clara Saraiva Luz  
Maria Mileny Alves de Lima  
Maria Mileny Alves dos Santos

Maryana Viana dos Santos  
Nathália Almeida de Araújo  
Pedro Henrique da Costa Lima  
Regiane Maria Gomes Sousa  
Talita Kele Rodrigues Mendes  
Valcilene Pires Xavier  
Vanessa Tavares Leonardo de Barros  
Vitor Menezes dos Santos  
Vitória de Souza Moretto  
Vitória Wagner Yi

### AVALIADORES

Francisco Ronner Andrade da Silva  
Rebeca Alves Ferreira Nery Moreira  
Pedro Jonathan Sousa Araujo  
Laíza Helena Viana  
José Gerefson Alves

## APRESENTAÇÃO

O III Congresso Regional de Ginecologia e Obstetrícia consolida-se como um relevante espaço de produção científica, atualização profissional e compartilhamento de saberes voltados à saúde da mulher, em suas múltiplas dimensões. Este e-book, intitulado ***GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA BASEADAS EM EVIDÊNCIAS: ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL***, expressa o compromisso dos organizadores e colaboradores com a difusão do conhecimento científico qualificado, ético e alinhado às melhores evidências disponíveis.

A obra reúne capítulos que abordam temáticas atuais e essenciais da Ginecologia e da Obstetrícia, contemplando desde aspectos clínicos e assistenciais relacionados ao ciclo gravídico-puerperal, saúde reprodutiva e ginecológica, até discussões ampliadas sobre humanização do cuidado, segurança do paciente, tecnologias em saúde e desafios contemporâneos da prática profissional. Os estudos apresentados refletem o esforço coletivo de pesquisadores, docentes e profissionais da saúde em fortalecer práticas fundamentadas em evidências científicas, sensibilidade humana e responsabilidade social.

Destaca-se, ao longo da obra, a importância da atuação multiprofissional como eixo estruturante da qualidade assistencial, evidenciando a integração entre enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia e demais áreas da saúde. Essa diversidade de olhares e saberes amplia a compreensão do cuidado integral à mulher, reconhecendo seus aspectos biológicos, emocionais, sociais e culturais.

Esta publicação reafirma o compromisso da Editora Intellectus e da Comissão Organizadora do III Congresso Regional de Ginecologia e Obstetrícia com a promoção da ciência acessível e socialmente comprometida, valorizando cada autor que contribuiu para a construção desta edição. Espera-se que este e-book estimule reflexões críticas, fortaleça práticas baseadas em evidências e impulse avanços na assistência ginecológica e obstétrica.

Que esta obra seja não apenas uma fonte de consulta acadêmica, mas também um instrumento de aprimoramento profissional, capaz de inspirar um cuidado mais qualificado, humanizado e comprometido com a saúde e a dignidade da mulher.

**SIGA AS REDES DA EDITORA:**

**Instagram:** @editoraintelectus

**Site:** [www.editoraintelectus.com.br](http://www.editoraintelectus.com.br)

**Youtube:** <https://www.youtube.com/@editoraIntelectus>

## DIREITOS AUTORAIS

A Editora Intellectus declara que a presente publicação do E-book representa uma cessão temporária e não exclusiva dos direitos autorais, limitada à divulgação científica do trabalho apresentado durante o congresso. A organização do evento e os responsáveis pela publicação dos Anais não assumem responsabilidade solidária pela autoria, originalidade ou conteúdo dos materiais publicados, conforme previsto na Lei de Direitos Autorais (Lei nº 9.610/1998), no artigo 184 do Código Penal e no artigo 927 do Código Civil.

Os autores permanecem detentores dos direitos morais sobre suas obras, sendo incentivados a divulgar seus trabalhos em repositórios institucionais e bases de dados científicas, desde que respeitados os critérios de atribuição de autoria e citação da edição original no E-book: **“GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA BASEADAS EM EVIDÊNCIAS: ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL”**. Ressalta-se que essa divulgação deve ser realizada sem fins lucrativos ou comerciais.

O e-book é de acesso aberto (open access) e, por isso, não é comercializado em nenhum meio, seja físico ou digital. Dessa forma, não há repasse financeiro de direitos autorais aos autores, uma vez que a publicação possui finalidade exclusivamente científica e educativa. Essa política visa ampliar o acesso ao conhecimento, favorecer a democratização da ciência e estimular a disseminação de evidências científicas entre profissionais, estudantes e pesquisadores da área da saúde. Além disso, reforça o compromisso ético da obra com a formação contínua e a qualificação das práticas assistenciais.

O conteúdo dos artigos publicados, bem como a forma, a correção e a confiabilidade das informações, são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição oficial da Editora Intellectus. É permitido o download e o compartilhamento desta obra, desde que sejam atribuídos os devidos créditos aos autores e à Editora, sendo vedadas quaisquer alterações no conteúdo ou sua utilização para fins comerciais.

Todos os manuscritos incluídos nesta publicação foram previamente submetidos a um processo de avaliação cega por pares, conduzido por membros do Conselho Editorial da Editora Intellectus. A aprovação para publicação foi baseada em critérios rigorosos de neutralidade e imparcialidade acadêmica, garantindo a qualidade e a integridade científica das contribuições apresentadas.

## SUMÁRIO

IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DA INFERTILIDADE FEMININA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	7
CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO COMO ESTRATÉGIA PREVENTIVA À INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL EM LACTENTES .....	16
CÂNCER GINECOLÓGICO E RASTREAMENTO PRECOCE: PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE PÚBLICA .....	24
O IMPACTO DO EXERCÍCIO FÍSICO AERÓBICO NA GESTAÇÃO .....	34
ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL A PORTADORAS DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO (SOP) .....	39
SILÊNCIOS GINECOLÓGICOS: ENTRE O DIREITO E A AUSÊNCIA DE CUIDADO .....	54
DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM SAÚDE PÚBLICA NA INFERTILIDADE E REPRODUÇÃO ASSISTIDA .....	61
IMPACTO DA PORNOGRAFIA NO PRAZER FEMININO .....	67
DESAFIOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER VIVENDO COM HIV: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE VULNERABILIDADE, MATERNIDADE E ESTIGMA.....	73
ESTRATÉGIAS MULTIPROFISSIONAIS NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....	81
FATORES QUE INFLUENCIAM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	87
HESITAÇÃO FEMININA NA REALIZAÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO: REVISÃO INTEGRATIVA .....	93
O FENÔMENO DAS INDICAÇÕES “FAKES” DE CESARIANA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	99
O IMPACTO PSICOSSOCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA MULHER E A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DO PARTO HUMANIZADO BASEADO EM EVIDÊNCIAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....	106
SAÚDE DA MULHER NEGRA E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS PARA A OCORRÊNCIA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO LITERÁRIA .....	113

## CAPÍTULO 6

### SILÊNCIOS GINECOLÓGICOS: ENTRE O DIREITO E A AUSÊNCIA DE CUIDADO

#### GYNECOLOGICAL SILENCES: BETWEEN RIGHTS AND THE ABSENCE OF CARE

**Larissa Letti**

Acadêmica de Medicina pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

**ID Orcid:** <https://orcid.org/0009-0003-3635-5647>

**Calina Lize Frühling**

Acadêmica de Medicina pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

**ID Orcid:** <https://orcid.org/0009-0000-9776-7870>

**Alice Pereira Neves**

Acadêmica de Medicina pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

**ID Orcid:** <https://orcid.org/0009-0005-3264-1181>

**Giulia Fleck Johansen**

Acadêmica de Medicina pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

**ID Orcid:** <https://orcid.org/0009-0004-8750-2405>

**Gabriela Riethmüller Franco**

Acadêmica de Medicina pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA

**Orcid:** <https://orcid.org/0009-0009-6010-2774>

**Isabela Schnitzer Eugenio**

Acadêmica de Medicina pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

**Orcid:** <https://orcid.org/0009-0004-7004-214X>

**Júlia Andriele Oliveira Lara**

Acadêmica de Medicina pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

**Orcid:** <https://orcid.org/0009-0008-5791-060X>

**Carolina Wirtti Balbinotti**

Acadêmica de Medicina pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.

**Orcid:** <https://orcid.org/0009-0008-8663-8457>

**Maria Renita Burg**

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA)

**Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-7501-3151>

**DOI:** [10.36599/intele-978-65-986775-5-8\\_006](https://doi.org/10.36599/intele-978-65-986775-5-8_006)

**RESUMO:**

**Objetivo:** O presente capítulo tem como objetivo analisar de forma crítica as barreiras que comprometem o acesso das mulheres em situação de vulnerabilidade social aos cuidados ginecológicos e reprodutivos no Brasil, evidenciando os impactos de desigualdades estruturais, racismo institucional, pobreza menstrual e falhas na implementação das políticas públicas de saúde da mulher. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de revisão narrativa da literatura. Foram selecionados artigos científicos publicados entre 2014 e 2024, documentos oficiais do Ministério da Saúde, relatórios de organismos internacionais e dados



secundários do SUS. As buscas foram realizadas nas bases SciELO, LILACS e PubMed, utilizando os descritores: “Saúde da Mulher”, “Vulnerabilidade Social”, “Acesso à Saúde” e “Equidade de Gênero”. **Resultados e discussão:** Os dados analisados revelam que as mulheres negras, indígenas, periféricas e empobrecidas enfrentam exclusão no acesso a vacinas como a do HPV, exames preventivos como o Papanicolau, e produtos de higiene menstrual. A ausência de campanhas educativas permanentes, transporte público acessível, acolhimento cultural e escuta qualificada agravam esse cenário. Apesar da existência de políticas como a Rede Cegonha e a PNAISM, há inefetividade na sua execução nos territórios mais afetados. **Conclusão:** A superação dessas desigualdades exige um modelo de atenção que considere as especificidades de raça, território e classe, promova educação popular em saúde, dignidade menstrual e cuidado humanizado. É necessário reconhecer os corpos vulnerabilizados como sujeitos políticos e ampliar a participação das mulheres na construção das políticas públicas, garantindo um cuidado integral, equitativo e emancipador.

**PALAVRAS-CHAVE:** Justiça menstrual; Saúde preventiva; Vulnerabilidade social; Equidade de gênero; Direitos reprodutivos.

#### **ABSTRACT:**

**Objective:** To analyze how access to gynecological and reproductive health care is denied to women in situations of social vulnerability, highlighting barriers to knowledge, hygiene, preventive exams, and vaccination. **Methodology:** This is a bibliographic review based on scientific articles, government documents, and SUS data. The selected sources address structural violence, gender inequality, and access to sexual and reproductive rights. **Results and Discussion:** The findings point to persistent inequalities in access to health services, especially among black, poor, and peripheral women. Lack of health education, economic vulnerability, and cultural barriers contribute to low adherence to preventive measures, such as Pap smears and HPV vaccination. The absence of menstrual equity policies worsens health conditions and school/work absenteeism. Despite public policies such as Rede Cegonha and PNAISM, implementation is still insufficient and uneven across the country. **Final Considerations:** It is urgent to strengthen public policies that ensure comprehensive, accessible, and equitable care for all women. Promoting menstrual justice, expanding access to preventive care, and confronting institutional violence are essential steps toward guaranteeing sexual and reproductive rights.

**KEYWORDS:** Menstrual justice; Preventive health; HPV vaccination; Social vulnerability; Gender equity.

#### **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de revisão narrativa da literatura. Foram utilizadas as bases SciELO, LILACS e PubMed, com os descritores “Saúde da Mulher”, “Vulnerabilidade Social”, “Acesso à Saúde” e “Equidade de Gênero”, para artigos publicados entre 2014 e 2024.

Foram incluídos estudos que abordassem, de maneira direta ou indireta, as dificuldades de acesso e permanência de mulheres vulnerabilizadas nos serviços de saúde, bem como documentos técnicos e relatórios institucionais do Ministério da Saúde e de organismos internacionais. A análise se deu por meio da leitura crítica e categorização temática, com foco em racismo estrutural, desigualdade territorial, pobreza menstrual, violência institucional e barreiras culturais.

#### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A saúde da mulher em situação de vulnerabilidade no Brasil é marcada por uma série de ausências: de acesso, de informação, de escuta, de políticas públicas eficazes. Essas ausências, longe de serem aleatórias, se concentram em corpos racializados, empobrecidos, femininos e periféricos — corpos que, historicamente, o

Estado negligencia. Quando falamos em exclusão, falamos também em invisibilidade estatística, em ausência de prioridade política e, sobretudo, em violação cotidiana de direitos fundamentais.

O Brasil oferece gratuitamente, pelo SUS, a vacina contra o HPV para meninas de 9 a 14 anos desde 2014, e para meninos de 11 a 14 anos desde 2017. A vacina é fundamental para prevenir o câncer do colo do útero — segunda maior causa de morte por câncer entre mulheres no país, atrás apenas do câncer de mama. Contudo, os dados de cobertura vacinal revelam uma realidade alarmante: em 2023, apenas 57% das meninas brasileiras haviam recebido a primeira dose, e apenas 39% completaram o esquema vacinal com a segunda dose (BRASIL, 2024).

Os números estão muito abaixo da meta mínima de 80% estabelecida pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A situação se agrava quando observamos a distribuição por região. Em estados do Norte e do Nordeste, como Amapá, Maranhão e Alagoas, a cobertura da segunda dose da vacina em meninas ficou abaixo de 30% em muitos municípios. Essa desigualdade regional revela o impacto direto de fatores como distância geográfica, fragilidade da atenção primária, ausência de campanhas educativas locais, desinformação e resistência familiar.

O cenário é ainda pior entre populações indígenas, ribeirinhas e quilombolas, onde muitas vezes não há nem registro formal das crianças e adolescentes — o que impede o acesso regular aos serviços de vacinação. E mesmo em centros urbanos, comunidades periféricas enfrentam falhas graves na vigilância ativa, dificuldade de transporte até a unidade de saúde e ausência de vínculo com os agentes comunitários, o que impede o alcance das estratégias de prevenção.

Além disso, há um componente cultural e educativo importante: a vacinação contra o HPV ainda é associada por muitas famílias à iniciação sexual precoce, o que gera resistência. Isso evidencia a necessidade de educação sexual integrada às ações de saúde, adaptada às realidades locais e com envolvimento da escola, da comunidade e das equipes da saúde da família.

O exame de Papanicolau, indicado a cada três anos para mulheres entre 25 e 64 anos, é uma das principais estratégias de rastreamento do câncer de colo do útero. No entanto, o Brasil está longe de alcançar os índices desejáveis de cobertura. Segundo o Sistema de Informações do Câncer (SISCAN) e o DataSUS:

- Em 2022, foram realizados apenas 7,3 milhões de exames preventivos pelo SUS — número insuficiente diante da população-alvo, que gira em torno de 70 milhões de mulheres.
- Estima-se que mais de 60% das brasileiras em idade de rastreamento não realizam o exame com a regularidade recomendada.
- Entre mulheres negras, indígenas, em situação de rua ou com baixa escolaridade, a realização do exame é ainda menor — em algumas populações indígenas, menos de 20% das mulheres fazem o preventivo ao longo da vida.

Além da baixa cobertura, há desigualdade de qualidade e de acesso. Em diversas regiões do interior e da Amazônia Legal, o exame é colhido de forma inadequada, ou sequer é encaminhado para análise por falta de insumos e de logística laboratorial. A ausência de profissionais capacitados, de protocolos específicos para populações vulneráveis e de continuidade no cuidado compromete a efetividade do rastreamento.

Há ainda obstáculos subjetivos e simbólicos: muitas mulheres relatam medo, vergonha, experiências anteriores de violência ginecológica, e se afastam dos serviços por não se sentirem acolhidas. O exame, para essas mulheres, não é apenas um procedimento técnico — é um momento de exposição, de julgamento, de revivência de traumas. Quando o cuidado não é humanizado, o acesso técnico se torna irrelevante.

Outro aspecto frequentemente ignorado pelas políticas públicas é a pobreza menstrual. Segundo a pesquisa “Pobreza Menstrual no Brasil: desigualdade e violações de direitos”, mais de 4 milhões de meninas no país não têm acesso a produtos menstruais básicos (UNICEF, 2021). Em abrigos, prisões e comunidades empobrecidas, a ausência de absorventes, água limpa e locais seguros para higiene menstrual afasta meninas da escola e mulheres do trabalho, além de expô-las a riscos de infecções geniturinárias.

O governo federal lançou em 2023 o Programa de Proteção e Promoção da Dignidade Menstrual (BRASIL, 2023), com previsão de distribuição gratuita de absorventes pelo SUS, mas a implementação ainda é incipiente. Muitas unidades de saúde sequer têm estoques ou orientação adequada sobre como realizar a entrega. Em comunidades distantes, a informação sequer chega. A dignidade menstrual, portanto, ainda está longe de ser uma realidade para mulheres vulnerabilizadas — o que reforça seu afastamento do cuidado, da prevenção e da autonomia sobre seus corpos.

Os dados evidenciam que a simples disponibilidade de vacinas, exames ou absorventes não garante sua efetivação como direitos. A ausência de campanhas educativas permanentes, de transporte público acessível, de acolhimento cultural e de escuta qualificada produz uma exclusão estrutural que se repete ano após ano, invisível para quem elabora as políticas públicas, mas cotidiana para quem vive a desigualdade na pele.

A equidade em saúde exige uma mudança radical na forma como pensamos o cuidado: é preciso romper com modelos homogêneos, tecnicistas e distantes das realidades sociais. O cuidado precisa ser situado, sensível, participativo. E, acima de tudo, precisa reconhecer que corpos vulnerabilizados demandam mais do que o mínimo: demandam reparação histórica e protagonismo no planejamento das ações.

Embora o Brasil conte com marcos importantes como a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher), a Rede Cegonha e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, a implementação dessas políticas é marcada por heterogeneidade, descontinuidade e subfinanciamento, sobretudo nas regiões mais carentes.

A Rede Cegonha, por exemplo, propõe a reestruturação da atenção obstétrica e neonatal com foco na humanização do parto, no planejamento reprodutivo e no acesso integral à saúde. No entanto, Estudos apontam que menos de 40% dos municípios brasileiros conseguiram implantar todos os componentes da Rede (Campos; Almeida, 2021), como transporte sanitário adequado, centros de parto normal e leitos de UTI neonatal. Essa

lacuna afeta diretamente mulheres em áreas periféricas, rurais ou ribeirinhas, perpetuando um ciclo de exclusão que compromete não apenas a saúde reprodutiva, mas também o direito à vida digna.

Outro ponto crítico é a fragilidade da articulação intersetorial. A saúde ginecológica da mulher não depende apenas do SUS, mas também da garantia de condições básicas como saneamento, segurança alimentar, transporte público e acesso à educação. Em muitos territórios vulnerabilizados, a ausência de articulação entre as pastas municipais gera sobrecarga dos serviços de atenção primária, que tentam responder sozinhos a problemas que demandam políticas integradas e sensíveis às especificidades territoriais.

Além disso, a lógica de financiamento dos programas, atrelada a metas quantitativas e não qualitativas, acaba por gerar uma prestação de serviços voltada à estatística e não à escuta e à realidade vivida pelas usuárias. Muitas vezes, profissionais de saúde são pressionados a cumprir cotas de exames ou procedimentos, negligenciando o tempo necessário para um acolhimento adequado, especialmente de mulheres que vivenciam traumas, violência ou abandono institucional.

A superação das barreiras estruturais que negam o acesso das mulheres vulnerabilizadas à saúde passa também por estratégias contra-hegemônicas de cuidado e formação. A Educação Popular em Saúde, fundamentada na pedagogia freireana, propõe uma abordagem dialógica, horizontal e crítica, centrada no saber da comunidade e na construção coletiva do conhecimento.

Experiências bem-sucedidas em comunidades periféricas e rurais mostram que rodas de conversa, oficinas de autocuidado, formação de multiplicadoras e grupos terapêuticos femininos são capazes de desconstruir tabus, fomentar redes de apoio e empoderar mulheres a reconhecerem seu corpo como território de direitos. A escuta ativa, a linguagem acessível e a valorização das vivências concretas são elementos que aproximam o cuidado das mulheres que historicamente foram afastadas dos espaços formais de saúde.

Em vez de esperar que a usuária se adapte ao serviço, a Educação Popular propõe que o serviço se desloque ao território e se reorganize a partir das necessidades e da cultura local. Essa inversão epistemológica — que coloca o saber popular como legítimo — permite romper com a lógica hierárquica que tantas vezes silencia as mulheres, especialmente aquelas marcadas por camadas de opressão interseccionais: gênero, raça, classe e território.

Além disso, práticas integrativas e complementares como fitoterapia, auriculoterapia e terapias corporais, muitas vezes presentes no cotidiano dessas comunidades, podem ser incorporadas como estratégias de cuidado ampliado, valorizando saberes ancestrais e fortalecendo a autonomia das mulheres sobre seus corpos e seus ciclos.

Frente ao cenário de múltiplas exclusões e silenciamentos que afetam a saúde ginecológica das mulheres em situação de vulnerabilidade, torna-se urgente a formulação de respostas intersetoriais, participativas e territorializadas. A superação das desigualdades não pode se restringir à ampliação da oferta de serviços, mas deve envolver mudanças estruturais nas formas de planejar, executar e avaliar as políticas públicas.

Uma das principais recomendações é o reconhecimento da interseccionalidade como ferramenta analítica e operativa. Políticas universais tendem a não alcançar populações cujas especificidades escapam do modelo biomédico padrão. Mulheres negras, indígenas, trans, com deficiência, privadas de liberdade ou em situação de rua demandam abordagens que considerem o impacto simultâneo de múltiplas opressões. A ausência de protocolos específicos para esses grupos perpetua a exclusão e invisibiliza demandas legítimas (Duarte *et al.*, 2020).

Além disso, a formação de profissionais de saúde precisa ser reformulada. É necessário incorporar, desde a graduação, conteúdos relacionados a gênero, raça, sexualidade, direitos humanos e justiça reprodutiva, com base na escuta sensível e na ética do cuidado. O modelo tecnicista, focado na produtividade, deve ser superado por uma prática que reconheça o cuidado como relação e não apenas como procedimento.

Do ponto de vista da gestão, é fundamental garantir financiamento estável e autonomia local para a execução de ações voltadas à saúde da mulher em territórios vulnerabilizados. A lógica de repasses por metas e a fragmentação entre os níveis de atenção e de governo dificultam a continuidade do cuidado. É preciso investir em equipes multiprofissionais, garantir infraestrutura básica e fortalecer os vínculos comunitários.

Também se recomenda a ampliação da participação social, valorizando os saberes dos movimentos feministas, das lideranças comunitárias e das mulheres usuárias do SUS como produtoras de conhecimento e de políticas. Os conselhos de saúde, conferências e fóruns devem ser espaços reais de deliberação e escuta, não apenas instâncias formais.

Por fim, urge o fortalecimento de políticas públicas de dignidade menstrual, com garantia de acesso gratuito a absorventes, saneamento adequado e educação em saúde menstrual. Essa pauta não se restringe à higiene, mas envolve autonomia, permanência escolar e justiça social.

E quando falamos sobre saúde da mulher, não há equidade possível sem que se confronte a violência simbólica e institucional ainda presente em muitos contextos ginecológicos e obstétricos. A ausência de escuta ativa, o atendimento apressado, os exames invasivos sem consentimento claro e os julgamentos morais sobre corpos e comportamentos são expressões de uma prática que, ao invés de cuidar, produz retraumatização e silenciamento.

Mulheres em situação de vulnerabilidade frequentemente relatam experiências de descaso, indiferença e humilhação dentro do próprio sistema que deveria protegê-las. Para muitas delas, a ida ao posto de saúde ou ao consultório ginecológico não representa alívio, mas o risco de reviver violências anteriores, especialmente em contextos marcados por traumas como abusos, abortos, violências domésticas ou exploração sexual.

Nesse cenário, a humanização do cuidado não é um adorno retórico, mas um imperativo ético e técnico. A consulta ginecológica deve ser espaço de escuta, acolhimento e confiança — um lugar onde a mulher se sinta segura para falar sobre seu corpo, seu ciclo, seu desejo, suas dores e suas dúvidas. Isso exige não apenas tempo e formação técnica, mas postura crítica, empatia e compromisso com a autonomia da usuária.

Formações interprofissionais devem incluir discussões sobre o conceito de violência obstétrica, racismo institucional, diversidade sexual e de gênero, e comunicação não violenta. É preciso romper com a

lógica verticalizada do saber médico e adotar uma postura de construção conjunta do plano de cuidado, em que o conhecimento científico dialogue com os saberes e experiências da mulher.

Além disso, a inserção de profissionais como psicólogos, doulas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais no cuidado ginecológico pode contribuir para uma abordagem integral e acolhedora, ampliando as possibilidades de vínculo e reconhecimento.

Por fim, o combate à violência institucional passa também pela construção de espaços de escuta das próprias usuárias, com canais de denúncia acessíveis, acolhimento imediato e responsabilização efetiva. O silêncio que permeia a saúde da mulher só será quebrado quando o cuidado for exercido com presença, respeito e reparação.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar em saúde da mulher em situação de vulnerabilidade é falar de um país que ainda não reconhece plenamente a dignidade de todos os seus corpos. É apontar que a ausência de políticas públicas eficazes não é mero descuido, mas reflexo de uma estrutura que elege quem merece ser cuidado.

Para transformar essa realidade, é preciso coragem política, compromisso ético e sensibilidade social. O caminho não está apenas em ampliar ofertas, mas em garantir acesso real, humanizado e contínuo – um cuidado que respeite as diferenças, que reconheça os traumas e que promova, acima de tudo, justiça.

### REFERÊNCIAS

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

**BRASIL.** Sistema de Informações do Câncer – SISCAN. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 7 nov. 2025.

**BRASIL.** Programa Nacional de Imunizações (PNI): cobertura vacinal por município – HPV. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Acesso em: 7 nov. 2025.

CAMPOS, M. R.; ALMEIDA, L. P. Acesso e qualidade da assistência obstétrica para populações vulneráveis no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4153–4162, 2021.

DUARTE, M. R. *et al.* Acesso à saúde e vulnerabilidade: uma revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 22, p. 1–10, 2020.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Pobreza menstrual no Brasil: desigualdade e violações de direitos**. Brasília, DF: UNICEF, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Human papillomavirus vaccines: WHO position paper**. Genebra: World Health Organization, 2022.