



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Claudia Loivos Estabille Alves

**Acesso versus doença avançada: estudo de produção acadêmica
sobre entraves para usuárias com câncer do colo do útero**

Rio de Janeiro

2019

Claudia Loivos Estabille Alves

**Acesso versus doença avançada: estudo de produção acadêmica sobre
entraves para usuárias com câncer do colo do útero**

Dissertação de mestrado apresentada, junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como um dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Trabalho e Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Inês Simões Cardoso de Melo

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

A474 Alves, Claudia Loivos Estabille.
Acesso versus doença avançada: estudo de produção acadêmica sobre entraves para usuárias com câncer do colo do útero / Claudia Loivos Estabille Alves. – 2019.
87 f.

Orientadora: Ana Inês Simões Cardoso de Melo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Serviço Social – Teses. 2. Câncer do colo do útero – Teses. 3. Determinação social – Teses. I. Melo, Ana Inês Simões Cardoso de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

es CDU 324(81)

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

Assinatura

Data

Claudia Loivos Estabille Alves

**Acesso versus doença avançada: estudo de produção acadêmica sobre
entraves para usuárias com câncer do colo do útero**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 09 de agosto de 2019.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Inês Simões C. de Melo (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof.^a Dra. Carla Cristina Lima de Almeida
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Profa. Dra. Letícia Batista da Silva
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os usuários do SUS, que, diante do adoecimento, encontram entraves para acessar o atendimento em tempo hábil, conforme preconizado nas legislações da saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me permitido o enfrentamento desse desafio com resiliência e perseverança.

A minha orientadora, Ana Inês, pela paciência, que foi de fundamental importância para que eu pudesse concluir essa etapa. Seus “puxões de orelha”, sempre cuidadosos foram a mola para que eu pudesse caminhar! Sua orientação acadêmica foi uma feliz escolha na minha trajetória!

A minha família, meu esposo Marcelo, por sua paciência característica e contribuição quanto à formatação do trabalho, em todo o processo de estudo e construção da dissertação;

Aos meus filhos – Gabriela, que desde a seleção, quando não havia mais esperança para aprovação, foi lá e disse: “mãe nessa você vai passar!”, e assim ocorreu. E ficou acompanhando lá do ES toda essa etapa de conclusão. A Victor, que, com seu jeito tímido e de poucas palavras, ouvia quando eu ia até ele comentar algo sobre a elaboração da dissertação, mesmo que isso fosse muito chato!

A Keiza, minha ex-residente, por seu incentivo, pois por seu intermédio soube do edital do ME 2017 às portas do término da inscrição!!! E agora eis-me aqui em fase de conclusão. MUITO OBRIGADA por não deixar que eu desistisse!

Aos demais familiares e amigos que acompanharam todo o processo do Mestrado.

Aos colegas da turma do ME 2017. Fomos resilientes e resistentes na conquista de nosso título, cada um(a) vivenciando suas tribulações e comemorando suas vitórias!!! Para cada um de vocês a palavra é ADMIRAÇÃO!

Às colegas de trabalho do SESO/HCII, pela compreensão, paciência e torcida pela minha conquista.

A Coordenação da PPGSS/UERJ e a todos os docentes aos quais tive a oportunidade de conhecer e ser aluna. GRATIDÃO e ADMIRAÇÃO resumem meu sentimento.

Às professoras da banca examinadora, Carla Almeida e Letícia Batista, pela disponibilidade em participarem da Qualificação e Defesa. A professora Carla agradeço quanto as contribuições na Qualificação, dada sua experiência e propriedade nas questões que abordam gênero, possibilitando aprimorar e impor qualidade e cientificidade à produção acadêmica em tela. A Letícia em especial, por

suas contribuições, dado a sua competência e propriedade acadêmica na temática abordada. Agradeço por ser uma das primeiras pessoas que me incentivou a trilhar pelo mundo acadêmico, colaborando para que eu acreditasse na minha capacidade!

Aos bibliotecários da Biblioteca do INCA, Rafael e Jéssica, pela disponibilidade paciência na elaboração dos descritores e estratégias de busca bibliográfica.

Enfim, a todos que, de alguma forma, passaram por mim durante esse caminho desafiador e hoje podem ouvir “[...] *vocês não sabem o quanto eu caminhei pra chegar até aqui [...]*”, e saber que eu finalmente consegui!!! ;) UFA!!!

Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo

Raul Seixas

RESUMO

ALVES Claudia Loivos Estabille. *Acesso versus doença avançada: estudo de produção acadêmica sobre entraves para usuárias com câncer do colo do útero*. 2019, 87 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Ao longo dos anos, o câncer foi se tornando, mundialmente, um caso importante de Saúde Pública, uma vez que se insere no conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). No Brasil, esse fenômeno ocorreu, na medida em que, epidemiologicamente, as doenças infectocontagiosas foram sendo controladas, por meio da Educação Sanitária e outras medidas, em contrapartida com o surgimento, ao longo do tempo, de forma mais acentuada, das DCNT, entre as quais o câncer. No Brasil, o progressivo envelhecimento populacional caracteriza-se como um incremento para o crescente índice de condições crônicas, afetando mais os segmentos de maior idade e que têm repercussões socioeconômicas para o país, representando um alto índice de custos com gastos hospitalares e ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS). No que se refere ao câncer feminino, este tem sido considerado, em estudos atuais, como a segunda maior causa de doenças crônicas nas mulheres, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, sendo estas tendências que estão em consonância, ainda, com as estatísticas mundiais e brasileiras no que se refere às condições socioeconômicas e culturais da população feminina acometida pelo câncer do colo do útero (CCU). Considerando a magnitude do CCU como problema de Saúde Pública e a importância de implementação de ações de prevenção para reverter esse quadro, este estudo aborda os entraves relacionados ao acesso das usuárias aos serviços de saúde, considerando como referência a sua determinação social, que conforma as necessidades de saúde da população. O estudo caracteriza-se como de pesquisa e revisão teórico-bibliográfica, do tipo “estado da arte”, identificando, na produção acadêmico-científica revisada, determinantes e condicionantes referentes aos entraves no acesso das usuárias acometidas pelo CCU. Este foi o principal objetivo da pesquisa, que foi atendido através da pesquisa junto às bases bibliográficas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no período compreendido entre 2008 a 2019, identificando, na produção acadêmica nacional, os entraves que levam ao acesso tardio das usuárias acometidas pelo CCU aos serviços de saúde, desde a saúde básica até a alta complexidade, bem como os limites, possibilidades e desafios no enfrentamento da questão. Destacaram-se, como resultados, as determinações e condicionantes socioeconômicas e culturais, bem como limitações da estrutura do sistema de saúde, sendo que o papel das mudanças operadas em termos do acesso aos serviços de saúde, através de Centrais de Regulação, não foi passível de ser verificado, tendo em vista a não identificação de estudos substantivos a respeito, embora este fosse também um objetivo do estudo proposto.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero. Acesso. Determinação social. Necessidades de saúde.

ABSTRACT

ALVES Claudia Loivos Estabille. Access versus advanced disease: study of the academic production on the barriers for users with cervical cancer. 2019. 87 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Over the years, cancer has become a major public health case worldwide, as it is part of the Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs). In Brazil, this phenomenon occurred as, epidemiologically, infectious diseases were being controlled through health education and other measures, in contrast to the more pronounced emergence of NCDs over time. Thus, cancer was classified as NCD, considering its etiology; aging; risk factors and lifestyle habits such as physical inactivity, improper diet, obesity, smoking among others. Given the above, in Brazil, the progressive aging of the population is characterized as an increase for the growing index of chronic conditions, affecting more the older segments that have socioeconomic repercussions for the country, representing a high rate of costs with hospital expenses. and outpatient clinics of the Unified Health System (SUS). With regard to female cancer, it is important to highlight that it has been considered, in current studies, as the second major cause of chronic diseases in women, second only to cardiovascular diseases. Moreover, in fact, this characterization and profile is also in line with world and Brazilian statistics regarding the socioeconomic and cultural conditions of the female population affected by cervical cancer (UCC). In this sense, considering the magnitude of the CCU as a public health problem and the importance of implementing preventive actions to reverse this situation, this study aims to address the barriers related to users' access to health services, considering that NCDs, as well as CCU are related to their social determination, conforming health needs for the population. Therefore, this study aims to investigate, through theoretical and bibliographical research, the determinants and conditioning factors related to the barriers to access of users with CCU from basic health to High Complexity. Its main objectives are: To identify and analyze determinations and conditions, which can be verified by what is pointed out in the national academic production, and which corroborate the late access of users affected by the CCU to health services, from basic health. to the high complexity in Oncologic Gynecology, as well as the limits, possibilities and challenges in addressing the issue; To verify if the changes in terms of access to SUS health services via Health Regulation, in the period from 2008 to 2019, impacted the access to CCU diagnosis and treatment.

Keywords: Cervical cancer. Access. Social determination. Health needs.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA	Câncer
CE	Ceará
CRg	Centrais reguladoras
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CCU	Câncer do colo do útero
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DI	Doenças infectocontagiosas
DT	Doenças transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCII	Hospital do Câncer II
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
HPV	Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral da Mulher
PI	Piauí
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAO	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PNR	Política Nacional de Regulação
RJ	Rio de Janeiro
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SciELO	Scientific Electronic Library Online

SER	Sistema Estadual de Regulação
SISREG	Sistema de Regulação
SNR	Sistema Nacional de Regulação
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Evolução da mortalidade proporcional (%) segundo causas: Brasil, 1930 a 2003	19
Figura 1 – Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres de neoplasia maligna do colo de útero, segundo unidades da federação: Brasil, 2018 [Estimativas].....	24
Gráfico 2 - Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de doença crônica, segundo grupos etários: Brasil, 1998-2003.	25
Figura 2 – Representação espacial das taxas ajustadas* de neoplasia maligna do ovário, segundo unidades da federação: Brasil, 2018.....	31
Figura 3 – Representação espacial das taxas ajustadas* de neoplasia maligna de corpo do útero, segundo unidades da federação: Brasil, 2018.	31
Figura 4 - Dimensões do acesso à saúde e indicadores	40
Quadro 1 – Produção acadêmica selecionada para estudo, segundo autoria, título, fonte e base bibliográfica: BVS e SciELO, 2009-2019.....	60
Gráfico 3 – Qualidade da adequação da estrutura e processo de trabalho nas unidades da Estratégia Saúde da Família: PMAQ, Brasil, 2012.	66

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas* de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária: Brasil, 2018.....22
- Tabela 2 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes segundo sexo (exceto de pele não melanoma): Brasil, 2018 [Estimativas].....23
- Tabela 3 – Procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em pacientes portadoras de câncer do colo de útero no SUS, segundo tipo e valores: Roraima, 2009.....73

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 A DETERMINAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O CÂNCER COMO DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL.....	18
1.1 Doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico: características gerais	18
1.2 A determinação social do processo saúde-doença.....	33
2 O ACESSO E A ATENÇÃO EM SAÚDE NO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	38
2.1 A questão do acesso em saúde: revisão teórico conceitual	38
2.2 Necessidades de saúde: conceito e importância no atendimento aos usuários.....	42
2.3 Acesso e regulação em saúde.....	46
3 UM ESTUDO DE REVISÃO: ESTADO DA ARTE DA PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE ACESSO E REGULAÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	54
3.1 Considerações gerais e caracterização da pesquisa	54
3.2 A produção acadêmica identificada: concepções e objetivos	63
3.3 O acesso tardio no tratamento do câncer do colo do útero e os principais resultados identificados na produção acadêmica	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	81

INTRODUÇÃO

O presente estudo “Acesso versus doença avançada: estudo de produção acadêmica sobre os entraves para usuárias com câncer do colo do útero” enseja apresentar a dissertação de mestrado em Serviço Social, para obtenção do título de mestre em Serviço Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

O interesse pelo tema proposto surgiu a partir da inserção profissional da autora, como assistente social atuando na área da Saúde, em uma unidade federal de Alta Complexidade em Ginecologia Oncológica, situada no município do Rio de Janeiro – o Instituto José Alencar Gomes da Silva (INCA) /Hospital do Câncer II – (HCII).

No Brasil, o INCA é o órgão estratégico vinculado ao Ministério da Saúde que tem como missão “[...] desenvolver ações nacionais na perspectiva de prevenção e controle oncológico [...]” (INCA, 2011). E, a partir dessas ações, visa contribuir com informações que estabeleçam prioridades para a política de Saúde Pública em Oncologia.

Historicamente, o encaminhamento ao serviço de Triagem da Ginecologia do HCII ocorria por demanda espontânea, ou seja, para a usuária ser matriculada era necessário apresentar encaminhamento médico, tanto da rede pública quanto privada, com o diagnóstico já confirmado de câncer: por laudo de biópsia ou exame histopatológico, nos casos de câncer do colo do útero; com exames de imagem (tomografia computadorizada e/ou ultrassonografia) com suspeita de câncer de ovário e exame de histeroscopia, em caso de câncer de endométrio. Desde 2013, o acesso das usuárias da Ginecologia à unidade INCA/HCII ocorre através da Central Estadual de Regulação (SER) e pelo Sistema de Regulação do município do Rio de Janeiro (SISREG). Estas Centrais de Regulação foram instituídas, a partir de 2008, por meio da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2008)

A questão central que alimentou a pesquisa é a do acesso tardio destas usuárias ao tratamento e que, inicialmente, se pretendia investigar a partir de suas possíveis relações com este processo de mudanças na regulação em saúde. Isto é, a observação enquanto profissional de saúde suscitou o desejo em pesquisar por quais motivos as usuárias acometidas pelo câncer do colo do útero chegam diariamente aos serviços de saúde com quadro de doença avançada e, por intermédio da pesquisa bibliográfica, entender quais os entraves enfrentados para o acesso em tempo hábil,

em acordo com o que preconiza as legislações em Saúde no que se refere a prevenção e promoção a saúde e, em especial, suas relações com as novas perspectivas colocadas à regulação em saúde.

Inicialmente pretendia-se utilizar nesse estudo, como metodologia de pesquisa, a realização de entrevistas às usuárias acometidas por doenças ginecológicas avançadas, encaminhadas para tratamento no Hospital do Câncer II (HCII) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes de Silva (INCA), no município do Rio de Janeiro. Essa pesquisa seria pautada numa perspectiva qualitativa, partindo do itinerário terapêutico das usuárias, isto é, da trajetória percorrida desde o acesso a Atenção Básica; realização do exame preventivo; diagnóstico e encaminhamento à unidade especializada. Porém foi observado que, devido ao quadro avançado de adoecimento em que muitas das usuárias chegavam a Alta Complexidade, não haveria tempo hábil de vida para selecioná-las para o período da coleta de dados, através das entrevistas. Desta forma, pensou-se, num segundo momento em realizar Salas de Espera com as usuárias, para abordagem e escuta dos relatos que impactaram no acesso em tempo hábil e os entraves encontrados nesse processo.

A avaliação da perspectiva de viabilizar o estudo fez com que a metodologia precisasse ser revista, por necessidade do serviço, não sendo possível realizar o estudo dessa forma e já em momento avançado do curso de mestrado. Ademais, as limitações institucionais para a tramitação do projeto de pesquisa na submissão a Comissões de Ética, tanto da instituição proponente quanto participante, seriam também dificultadoras de uma pesquisa de campo frente ao período de elaboração da dissertação.

Sendo assim, refletindo em momentos de orientação, a opção recaiu por realizar um estudo de revisão teórico-bibliográfica acerca do tema proposto para investigação, abordando os entraves encontrados para o acesso, desde a saúde básica até a Alta Complexidade e sua possível correlação com a implantação da Regulação em Saúde.

Partindo da realidade empírica vivenciada pela autora no cotidiano profissional, percebeu-se a importância de abordar o tema e investigar como, atualmente, ocorre o acesso das usuárias à Alta Complexidade e, a partir da realidade exposta, apresentar uma revisão bibliográfica, orientada pela metodologia prevista para estudos de revisão ou denominados como de “estado da arte”. A escolha destas ferramentas metodológicas de seleção e análise também podem contribuir para

apreender a realidade, visando refletir acerca de ações que visem o acesso à assistência em saúde em tempo hábil. E isto em uma perspectiva de promoção da saúde que objetive a integralidade do cuidado em saúde, pois de acordo com o desenvolvimento de estudos avaliativos acerca da integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero, podemos favorecer a identificação desse contexto, possibilitando identificar pontos de estrangulamento nos distintos níveis de atenção.

Este estudo se propõe, portanto, a investigar, por intermédio de pesquisa teórico-bibliográfica, os determinantes e condicionantes referentes aos entraves no acesso das usuárias com câncer ginecológico avançado, especialmente o Câncer do Colo do útero (CCU) à Alta Complexidade. Seus principais objetivos são: identificar e analisar as determinações e os condicionantes, que sejam passíveis de serem verificados pelo que é apontado na produção acadêmica nacional, e que corroboram para o acesso tardio das usuárias acometidas pelo CCU aos serviços de saúde, desde a saúde básica até a alta complexidade em Ginecologia Oncológica, bem como os limites, possibilidades e desafios no enfrentamento da questão; verificar se as mudanças operadas em termos do acesso aos serviços de saúde Sistema Único de Saúde (SUS) via Regulação da Saúde, no período compreendido entre 2008 a 2019, impactou no acesso ao diagnóstico e tratamento oncológico.

Este estudo se caracteriza, assim, como de natureza exploratória e qualitativa, e é pautado por uma pesquisa sistemática de revisão, do tipo “estado da arte”, considerando como referência a produção acadêmica constante das bases bibliográficas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a fim de identificar, nesta produção acadêmica, o que tem sido considerado sobre o problema do acesso e regulação em saúde.

Em termos da exposição, no primeiro capítulo é abordada a magnitude e relevância do câncer como problema de Saúde Pública, que integra o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no cenário mundial e, especificamente, no país e a incidência dos cânceres ginecológicos, principalmente o Câncer do Colo do Útero (CCU), sendo o mais prevalente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. É utilizada, ainda, a perspectiva teórica da determinação social da saúde para melhor apreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, extrapolando o modelo biomédico, numa perspectiva da Saúde Coletiva, construída a partir da década de setenta no Brasil.

No segundo capítulo trata-se a questão do acesso na assistência em saúde, conceituando-a teoricamente, a partir de diferentes autores que desenvolveram formulações a respeito. Posteriormente apresenta-se a regulação em saúde, o processo de sua implementação no Brasil e seus fluxos atuais para o encaminhamento à Alta Complexidade. Nesse capítulo trata-se ainda do conceito de necessidades de saúde e suas implicações para o atendimento integral e promoção à saúde. Nesses dois primeiros capítulos, o objetivo foi o de expor a revisão teórico-bibliográfica sobre estas “vigas mestras centrais” que orientam e subsidiam o processo de conhecimento – categorias, conceitos e noções teóricas. (MINAYO, 1999).

No terceiro capítulo é apresentada a pesquisa bibliográfica em si, expondo, em um primeiro momento, as condições gerais de realização da pesquisa e sua caracterização – suas etapas de busca, seleção, classificação por áreas afins e análise aprofundada e sistemática dos estudos. Posteriormente, o capítulo se desdobra na apresentação dos resultados identificados na pesquisa, apontando os principais objetivos dos estudos revisados, suas concepções e resultados quanto ao acesso de mulheres acometidas pelo CCU.

1 A DETERMINAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O CÂNCER COMO DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL

1.1 Doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico: características gerais

Ao longo dos anos, o câncer foi se tornando um caso importante de Saúde Pública, uma vez que se insere no conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Segundo Malta, Bernal e Lima e colaboradores (2017), este quadro de adoecimento populacional, incluindo, além dos cânceres, as doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e diabetes

[...] são as responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda. (MALTA et al., 2017, p. 2).

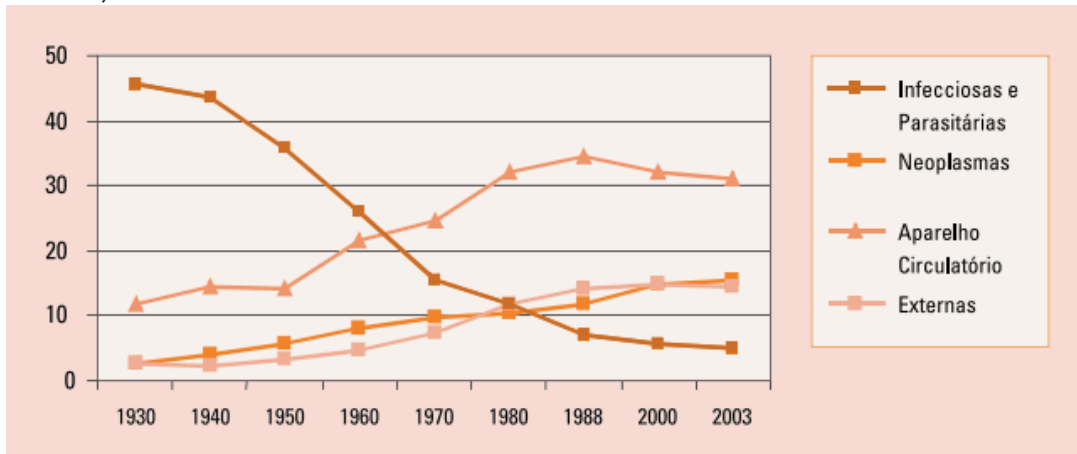
Ainda sobre esta questão, Malta e colaboradores (2017) complementa que, baseado em evidências mundiais, como cita o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o aumento das DCNT está atribuído ao crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabagismo, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). Desta forma, preconiza-se que a intervenção e ações de educação em saúde sobre os fatores de risco, resultaria na redução do número de mortes em todo o mundo.

No Brasil, esse fenômeno ocorreu na medida em que, epidemiologicamente, as doenças infectocontagiosas (DI) foram sendo controladas, por meio da Educação sanitária e outras medidas, em contrapartida com o surgimento, ao longo do tempo, de forma mais acentuada, das DCNT. Esse fato pode ser atribuído, ao processo de industrialização, à urbanização e ao avanço do conhecimento e das tecnologias em saúde. Sobre esta questão é importante pontuar que:

O cenário epidemiológico brasileiro é complexo. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se a redução progressiva, sendo que em 2003 essas doenças responderam apenas por cerca de 5% (Barbosa, 2003). Por outro lado, as doenças cardiovasculares, que representavam apenas 12% na década de 30, são, atualmente, as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos óbitos. Em segundo lugar, seguem-se os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violência. (BRASIL, 2005, p.17).

Estas mudanças no quadro sanitário são reportadas e explicadas, também, a partir da transição demográfica e da transição epidemiológica¹, compreendidas de acordo com suas especificidades nacionais. O gráfico 1, apresentado abaixo, ilustra como este processo se deu ao longo do tempo, expresso pela mortalidade por DI e DCNT:

Gráfico 1 – Evolução da mortalidade proporcional (%) segundo causas: Brasil, 1930 a 2003



Fonte: Barbosa et al, 2003, in *Epidemiologia & Saúde*, Rouquayrol, MZ e Almeida F, N.

Fonte BARBOSA et al, 2003 apud BRASIL. 2005, p.18

Como pode ser visto na ilustração (gráfico 1), os processos de avanço e declínio, respectivamente, das DCNT e das DI foram se dando progressivamente ao longo do tempo. A esse respeito, Mendes (2011, p. 27) observa que: “[...] os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, [...] nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas”.

Estes processos, assim conjugados às especificidades do desenvolvimento do capitalismo no Brasil, estiveram na base das mudanças do quadro sanitário da população e colocaram em evidência as DCNT como uma das questões centrais na Saúde Pública na atualidade. Desta forma, o fenômeno da transição epidemiológica quanto a redução das doenças infectocontagiosas para o aumento da incidência DCNT ocorreu gradativamente, como já visto, atribuído a evolução das práticas

¹ Segundo Schramm; Oliveira; Leite et al (2004): “O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante. (apud STOTZ, 2016, p. 72)

sanitárias e ao avanço da tecnologia da Medicina. A partir das décadas de 1960/70, muitos tipos de câncer foram surgindo, muitos desses sendo atribuídos ao desenvolvimento e expansão do capitalismo, tendo como causas sociais o subdesenvolvimento, vinculando-os à pobreza; podendo o seu estudo também expressar as condições de vida das populações e de desenvolvimento das sociedades.

No que se refere à sua etiologia, “[...] o câncer é uma doença celular, do ponto de vista biológico e médico, já que os diversos tipos de tumores malignos mantêm um ponto comum: a perda do controle da divisão celular. [...]”. (KLINGERMAN,1999).
 Todavia, aqui é importante observar que,

Por ser uma doença crônica, degenerativa, o câncer é, por assim dizer, uma consequência da sociedade industrial, não significando com isto dizer que exclusiva da sociedade economicamente desenvolvida. Quanto mais sobrevive um grupamento humano, maior será a incidência de neoplasias malignas entre ele. No Brasil, os brasileiros vimos aumentando gradativamente a nossa expectativa de vida ao nascer, e demos um grande salto de sobrevivência nos anos sessenta, a partir dos quais modifica-se a composição etária da nossa população. De 1940 a 1991, o nosso envelhecimento pode ser atestado pela queda do percentual de menores de 15 anos e pelo aumento dos grupos etários acima de 35 anos, embora ainda nos caracterizássemos como um país de jovens e adultos jovens. (KLINGERMAN,1999).

Nesse sentido, conceitual e etiologicamente, segundo o INCA, “[...] o câncer representa um grupo de doenças que tem por característica a perda do controle da divisão celular e a capacidade de invadir outros tecidos do organismo humano [...]” (BRASIL, 2011). Sendo assim, a questão do envelhecimento da população não pode ser desprezada, pois apesar de todas as pessoas estarem sujeitas ao desenvolvimento da doença, o fator envelhecimento é um dos principais fatores de risco para o potencial aparecimento de diversos tipos de câncer. Desta forma, estimativas de incidência do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), para 2018-2019, apontam que:

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. [...] [estimava-se] que, em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) [...] [ocorrerem] em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%). Esse impacto afeta principalmente os países de baixo e médio desenvolvimentos, especialmente por mortes prematuras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (FERLAY et al., 2013). [...]. Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não

melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. O cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo MATHERS et al., aponta a ocorrência de 640 mil casos novos. Essas estimativas refletem o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. (INCA, 2017, p.25).²

Diante do exposto, como já pontuado, no Brasil, o progressivo envelhecimento populacional caracteriza-se como um incremento para o crescente índice de condições crônicas. Isto é, em especial, as doenças crônicas que afetam mais os segmentos de maior idade e que têm repercussões socioeconômicas para o país, representando um alto índice de custos com gastos hospitalares e ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo dados comentados por Mendes, que, também, observa que

[...] pode-se afirmar que, a partir das informações analisadas, o mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas, e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica. (2011, p.43).

Desta forma, o câncer foi classificado como DCNT, considerando sua etiologia; envelhecimento; os fatores de risco e hábitos de vida, tais como inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo entre outros. E, além disso, tem apresentado cada vez maior incidência na população mundial, conforme exposto acima, mas que deve ser ressaltado em suas especificidades, como, por exemplo, como observa Mendes:

Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. O que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há que se ressaltar que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (CHAIMOVICZ, 1997 apud MENDES, 2011, p. 29).

No que se refere ao câncer feminino, é importante destacar que este tem sido considerado, em estudos atuais, como a segunda maior causa de doenças crônicas nas mulheres, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. A esse respeito, Leão e Marinho (2002) se referem ao processo de envelhecimento populacional no

² INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>>. Acesso em: 17 set. 2018

Brasil, e pontuam que, com a maior sobrevivência feminina – fazendo-se uma comparação entre homens e mulheres em diversas faixas etárias –, pode-se constatar a maior incidência de óbitos em mulheres por doenças do aparelho circulatório e neoplasias, sendo a primeira a principal, e a segunda a mais relevante causa de morte na referida população.

[...]. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano de 2020 e as maiores incidências serão de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e câncer. Até o ano 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003 apud MENDES, 2011, p. 29).

Uma possível ilustração para esta participação do câncer entre mulheres pode ser visualizada nas tabelas 1 e 2, respectivamente apresentadas em sequência.

Tabela 1 – Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas* de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária: Brasil, 2018.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	68.220	66,12	67,82	15.720	70,76	66,31	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	59.700	56,33	51,29	19.920	80,33	63,98
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	16.370	15,43	17,11	4.620	18,66	17,58
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	18,16	16,97	4.520	20,33	21,05	12.530	11,81	9,22	3.710	15,06	11,44
Côlon e Reto	17.380	16,83	20,03	5.630	25,34	25,16	18.980	17,90	18,40	6.820	27,49	20,84
Estômago	13.540	13,11	14,98	3.240	14,55	10,95	7.750	7,32	5,96	2.210	8,92	5,34
Cavidade Oral	11.200	10,86	11,22	2.770	12,38	12,03	3.500	3,28	2,86	1.010	3,89	2,80
Laringe	6.390	6,17	6,31	1.540	6,86	8,44	1.280	1,20	0,96	420	1,30	0,92
Bexiga	6.690	6,43	7,79	1.920	8,59	9,20	2.790	2,63	2,21	890	3,42	2,61
Esôfago	8.240	7,99	6,73	1.450	6,46	7,04	2.550	2,38	1,67	540	1,85	1,38
Ovário	-	-	-	-	-	-	6.150	5,79	4,80	2.140	8,46	6,54
Linfoma de Hodgkin	1.480	1,43	1,14	550	2,19	1,93	1.050	0,96	0,92	400	1,33	1,19
Linfoma não Hodgkin	5.370	5,19	5,42	1.480	6,59	6,81	4.810	4,55	4,19	1.520	6,10	5,44
Glândula Tireoide	1.570	1,49	1,50	500	1,87	1,76	8.040	7,57	5,88	2.490	10,01	7,02
Sistema Nervoso Central	5.810	5,62	5,49	1.340	6,10	6,55	5.510	5,17	5,17	1.400	5,63	4,70
Leucemias	5.940	5,75	5,51	1.480	6,69	6,58	4.860	4,56	4,29	1.190	4,72	4,59
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	6.600	6,22	5,44	2.370	9,46	7,46
Pele Melanoma	2.920	2,82	2,69	800	3,34	3,31	3.340	3,16	2,15	880	3,42	2,74
Outras Localizações	41.480	40,17	35,26	9.470	42,62	43,45	36.230	34,17	29,04	8.920	36,00	28,39
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	214.970	208,32	217,27	52.410	235,91	226,91	202.040	190,61	191,78	61.450	247,95	199,05
Pele não Melanoma	85.170	82,53	-	17.020	76,60	-	80.410	75,84	-	17.230	69,60	-
Todas as Neoplasias Malignas	300.140	290,86	-	69.430	312,52	-	282.450	266,47	-	78.680	317,47	-
Todas as Neoplasias Malignas Corrigidas para Sub-Registro	324.580	314,55	-	-	-	-	310.300	292,74	-	-	-	-

Notas:

* - Números arredondados para múltiplos de 10.


** - População padrão mundial (1960)

Fonte: BRASIL, 2017, p.58

Em relação às Estimativas, para 2018, por exemplo, verifica-se na tabela 1, que as taxas apontam para a participação das mulheres no que se refere aos novos casos de câncer, ratificando a afirmativa de Leão e Marinho (2002), citada anteriormente. Isto é, observa-se a incidência crescente de novos casos de câncer feminino, incluindo o câncer ginecológico, e principalmente o câncer do colo de útero.

Já na tabela 2, exposta a seguir, é possível, pela ilustração, verificar, mais claramente, estes dados com os dez mais incidentes tipos de câncer segundo sua localização primária entre homens e mulheres.

Tabela 2 – Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes segundo sexo (exceto de pele não melanoma): Brasil, 2018 [Estimativas].

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%		Homens Mulheres	Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Colo e Reto	18.980	9,4%
Colo e Reto	17.380	8,1%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%			Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%			Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%			Leucemias	4.860	2,4%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: BRASIL, 2017, p.58

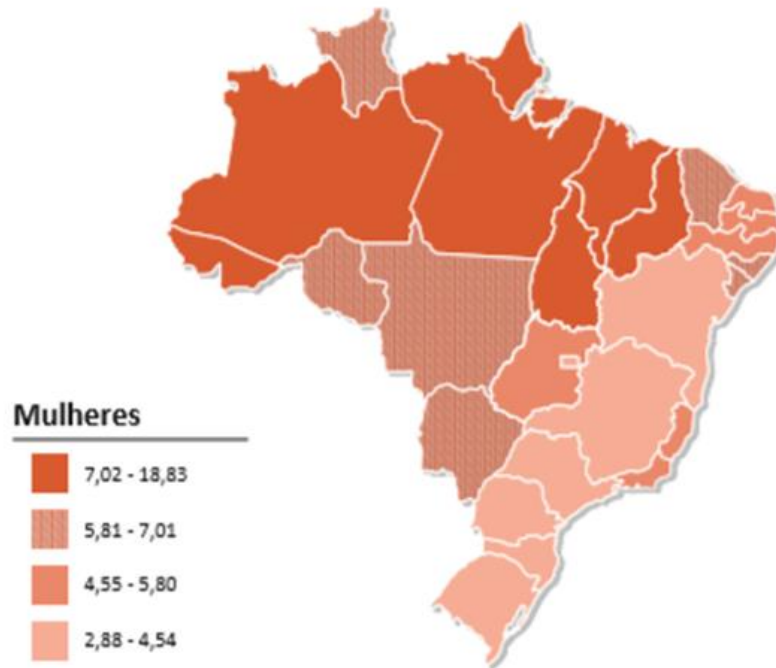
Ainda utilizando o recurso das ilustrações, é possível observar a distribuição destas taxas, nas unidades da federação brasileiras (figura 1, apresentada em sequência) e, considerando a incidência por região, novos casos de câncer do colo do útero, como o de maior prevalência dentre os demais diagnósticos de câncer ginecológico.

Como exposto, podemos ratificar as informações acerca da prevalência do CCU em todo território brasileiro, com ênfase para a Região Norte, que apresenta o maior número de novos casos da doença.

Sobre a mortalidade feminina, Leão e Marinho (2002) também destacam, justamente, a questão da assistência em saúde, o que, certamente, se associa ao questionamento sobre o acesso e sua possível relação com a regulação em saúde, como problematiza-se, nesta pesquisa, como objeto de estudo, pois:

[...] parte do fenômeno tem sido atribuída à qualidade de assistência, principalmente nos serviços de emergência, o que poderia explicar a ocorrência mais frequente da mortalidade precoce por essas causas em regiões menos desenvolvidas do país. [...] (LEÃO; MARINHO, 2002, p.32).

Figura 1 – Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres de neoplasia maligna do colo de útero, segundo unidades da federação: Brasil, 2018 [Estimativas].



Fonte: BRASIL, 2017, p.99.

De acordo com os estudos realizados pela Rede de Atenção à Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para fins de epidemiologia, Mendes (2011) refere que as doenças têm sido divididas entre doenças transmissíveis (DT) e DCNT. E, dentre vários aspectos, considera-se, de fato, o tempo para tratamento de alguns tipos de doenças, conforme observa, segundo dados da OPAS, por exemplo:

[...]. As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilo de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. [...], as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda da capacidade funcional. [...]. (MENDES, 2011, p.26).

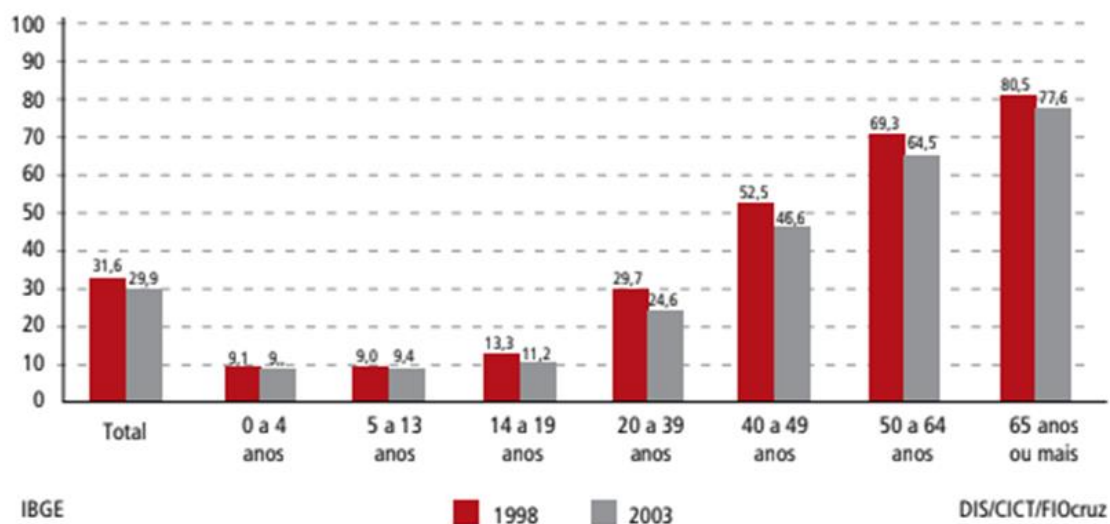
Como já exemplificado, a partir das ilustrações apresentadas acima, o câncer de colo de útero tem sido, segundo informações do INCA, um dos mais prevalentes dentre as DCNT femininas no cenário mundial e, principalmente, no Brasil. Vinculada a essa realidade, considera-se o maior índice de mortalidade atrelado às condições sociais, no que se refere ao território, condições econômicas e acesso aos serviços de Saúde. A esse respeito, o INCA aponta que:

O câncer do colo do útero ocupa o sétimo lugar no ranking mundial, sendo o quarto tipo mais comum na população feminina. Em 2012, para o mundo, estimaram-se 528 mil casos novos com uma taxa de incidência de 14/100 mil mulheres e 266 mil mortes por essa neoplasia, correspondendo a 7,5% de todas as mortes por câncer em mulheres.

Em termos globais, a maioria dos casos (70%) ocorre em áreas com menores níveis de desenvolvimento humano. Quase nove de cada dez óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em Regiões menos desenvolvidas, onde o risco de morrer de câncer cervical antes dos 75 anos é três vezes maior (FERLAY et al., 2013 apud INCA, 2018, p. 38).

A fim de ilustrar este processo, apresenta-se o gráfico 2, em sequência, no qual é possível verificar a proporção de pessoas que referiram ser portadoras de doença crônica, segundo grupos etários, no período de 1998 a 2003, destacando-se, contudo, menor proporção relativa daqueles que o referenciaram em 2003 frente a 1998, baseando-se em resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2003. Desta forma, os dados, ilustrados pelo gráfico 2, permitem verificar o processo de maior referência de doenças crônicas por pessoas situadas entre os grupos etários mais avançados, evidenciando sua correlação com o envelhecimento da população e, portanto, a articulação entre as transições demográfica e epidemiológica.

Gráfico 2. Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de doença crônica, segundo grupos etários: Brasil, 1998-2003.



Fonte: TRAVASSOS, 2005 apud MENDES, 2011, p.34.

É importante retomar mais uma das características que, também, conformam o perfil da população no que se refere às DCNT – isto é, a desigualdade social e o papel que cumpre, também, no processo saúde-doença, explicitando sua determinação social, como se tratará no próximo tópico. Em relação a esta dimensão, os estudos

vêm sinalizando a articulação entre condições crônicas e pobreza. Ou seja, é possível afirmar que estas se encontram diretamente vinculadas, compondo um círculo vicioso, pois “[...] de um lado, a pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas; de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza.” (MENDES, 2011.p, 31).

Sobre as condições de vida das mulheres, que repercutem diretamente na questão de saúde, Leão e Marinho observam que:

[...] apesar da entrada acelerada e crescente de mulheres no mercado de trabalho, que, necessariamente, não as tem desobrigado das antigas funções de cuidado da casa e dos filhos, o que resulta em sobrecarga de tarefas cujos os efeitos sobre a saúde são mal conhecidos. (MENDES, 2002, p.33).

Estas características que evidenciam a associação entre pobreza e as condições crônicas, são corroboradas, no caso específico do CCU, quando tomamos os dados do Registro Brasileiro em Câncer do Hospital do Câncer II (RBC/HCII), do INCA, no período de 2013 a 2017. De fato, em levantamento realizado, quando da concepção e desenho do projeto desta pesquisa – lembrando-se que este é o contexto de inserção profissional da autora – foi possível ratificar esta caracterização entre as usuárias daquele serviço. Ou seja, os resultados apontaram que as usuárias que chegam àquele serviço de alta complexidade são, em sua maioria, de cor parda; com faixa etária mais prevalente entre 30 – 59 anos; possuem ensino fundamental incompleto e residem no município do Rio de Janeiro. E, do ponto de vista central de nossa pesquisa, destaca-se que, também em sua maioria, as usuárias ali chegam com grau de sua doença já em estadiamento que varia entre o II, IIIA e IIIB e, embora o levantamento tenha contemplado usuárias portadoras de diferentes tipos de câncer ginecológico, que chegaram ao serviço através do sistema de regulação, a prevalência foi entre aquelas com diagnóstico de CCU.

Ainda no que toca a esta caracterização, reporta-se aqui ao estudo de Vidal (2017), que observa, em relação aos dados socioeconômicos, que as usuárias entrevistadas em sua pesquisa, estavam inseridas no mercado de trabalho, sendo que a maioria em vínculos de trabalho doméstico e informaram renda compreendida entre um a três salários mínimos.

Verifica-se, dessa forma, convergência entre as formulações de Leão e Marinho (2002) – ao tratar da associação das condições crônicas e de vida das mulheres, a fim de subsidiar políticas públicas –, as de Vidal (2017) – ao tratar das implicações do acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS -- e as

informações processadas sobre o perfil das usuárias atendidas na instituição de inserção profissional da autora e que motivou esta pesquisa. Ademais, de fato, esta caracterização e perfil está em consonância, ainda, com as estatísticas mundiais e brasileiras no que se refere às condições socioeconômicas e culturais da população acometida pelo CCU. A esse respeito, segundo Salazar e colaboradores (2012, p. 65):

[...]. As estatísticas publicadas sobre CCU mostram uma proporção maior de mulheres de grupos populacionais pobres e com educação mínima, residindo em países em desenvolvimento. Tais aspectos são fatores de risco para essa neoplasia, assim como o início da vida sexual e o primeiro nascimento antes dos 18 anos. Além disso, existem também fatores de risco: uso de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas e coinfeções por agentes infecciosos, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Chlamydia Trachomatis. A infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) é considerada uma causa desencadeante ou primária na gênese da UCO, mas não determina, por si só, a ocorrência da doença. A CCU interfere nas condições de saúde e qualidade de vida das mulheres, pois afeta-as em sua totalidade, incluindo a sexualidade, o trabalho e a produção econômica e cultural, comprometendo até mesmo as relações familiares e sociais.

Relembra-se aqui que o CCU é mensurado como aquele como de maior prevalência entre as neoplasias malignas ginecológicas, como já explicitado, mas, contraditoriamente, também é um tipo de câncer com alto potencial de cura quando diagnosticado em estágios iniciais. O diagnóstico e/ou o acesso tardios ao tratamento tem sido uma constante sobre a qual vários estudos ainda formulam explicações e estratégias de enfrentamento. Como vimos anteriormente, as condições de vida em sua associação com condições crônicas de adoecimento estão, também, na base das explicações, explicitando a determinação social do processo saúde-doença. Isto é, as condições econômico-políticas e socioculturais determinam as formas de adoecimento e mortalidade, como se desenvolverá mais adiante. Ainda sobre esta questão, é pertinente também, trazer reflexões referentes ao perfil que acabamos de expor e que diz respeito à atenção à saúde das mulheres, pois acredita-se, são válidas também, no que se refere ao CCU, destacando-se a estruturação familiar; a inserção da mulher no mercado de trabalho e suas relações com as responsabilidades familiares que, cada vez mais, recaem principalmente ao gênero feminino.

Segundo Mito (2015), historicamente houveram inúmeras mudanças ocorridas no plano sócio-econômico-cultural, pautadas no processo de globalização da economia que interferiram na dinâmica e estrutura familiar. Essas mudanças trouxeram ao longo do tempo, alterações no padrão tradicional da organização familiar. Assim sendo, a família nuclear burguesa composta por homem, mulher e

filhos, ligados por laços de sangue, vai dando espaço ao surgimento, de novos arranjos e composições familiares, tal como o advento do crescimento expressivo do número de famílias compostas por mulheres provedoras e filhos, sem a presença do cônjuge/companheiro

Sendo assim, como podemos observar, a dinâmica da sociedade moderna propiciou a inserção das mulheres no mercado de trabalho e, com o advento dos novos arranjos familiares, a responsabilidade em prover suas famílias passou a recair também sobre a figura feminina. Por esse motivo, atualmente encontramos muitas mulheres como chefes de família, grande parte dessas monoparentais³, fazendo com que as mulheres passem a assumir muitas atribuições que, no modelo de família “tradicional”, eram, principalmente, responsabilidade de seus companheiros. Isto é, o homem era o “provedor” da família, sendo reservado maior espaço e responsabilização à mulher, no que se refere à esfera doméstica. Desta forma, se houve um avanço do ingresso da mulher no mercado de trabalho, este não se fez acompanhar de seu afastamento das tarefas do espaço doméstico, mantendo uma concepção patriarcal de família, ou seja, com acúmulo de atribuições à mulher. No avanço das mudanças socioculturais, contudo, ocorreu também os rearranjos familiares, sendo caracterizado o avanço das famílias monoparentais e/ou chefiadas por mulheres que passam a ser as únicas e/ou principais responsáveis pelas famílias.

Desta forma, no que se refere ao atendimento às mulheres, é importante considerar que:

Responsáveis maiores perante a sociedade pelos cuidados das famílias e não aceitando e nem podendo mais permanecer apenas no espaço doméstico, as mulheres acabam por viver um cotidiano estressante, na tentativa de concretizar múltiplos projetos, nem sempre possíveis de serem articulados entre si. (COELHO, 2002, p.73).

Observa-se que esse novo padrão de constituição familiar tem relação muito próxima com o perfil das usuárias atendidas na instituição de atuação profissional da

³ [...] família monoparental, [...] de acordo com Vitale (2002) tal expressão foi utilizada, segundo Nadine Lefaucher, na França, desde a metade dos anos setenta, para designar unidades em que as pessoas vivem sem cônjuge. Caracterizada pela composição de um indivíduo adulto, seja homem ou mulher, que é responsável pelo provimento dos menores de 25 anos e solteiros pertencentes a este núcleo familiar. O seu reconhecimento como unidade familiar se dará com a Constituição Federal de 1988 – pelo artigo 226, § 4º, que “entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”. (HIRAI; SILVA, 2012, p. 4). HIRAI, W.G.; SILVA, K.E.L.da. Políticas Sociais e monoparentalidade feminina. In: *Encontro de pesquisa sobre famílias*: Anais do GETEFA /Campus de Franca, 2012, Marília/SP., Campus Franca/SP. S/N: S/N, 2012. v. 1. p. 1-15. Disponível em: <https://www.franca.unesp.br/Home/stae/eixo3_018.pdf>. Acesso em 04 ago. 2019.

autora e lócus do interesse deste estudo, bem como com os resultados de estudos revisados apresentados anteriormente. Ou seja, mulheres adoecidas com o CCU, dentre outros tipos de câncer (CA) ginecológico, apresentam características de um perfil socioeconômico que vai ao encontro do que foi abordado anteriormente, no que se refere à relação das DCNT atreladas às condições de vida, trabalho e pobreza da população acometida por câncer.

Dessa forma, as mulheres, sobrecarregadas com as responsabilidades familiares, deixam de lado o autocuidado e, muitas entre elas, somente buscam o atendimento de saúde quando se apresentam os sintomas. Esta observação empírica suscitou a preocupação com essa questão, diante do quadro de doença avançada com o qual muitas usuárias chegam a alta complexidade. Ou seja, a realização da pesquisa foi motivada no sentido de compreender melhor a questão do acesso destas mulheres e, em especial, ao fato de a chegada ao serviço de saúde se dar neste estágio avançado da doença e suas relações com a realidade socioeconômica vivenciada.

Esse fato nos leva a refletir, também, sobre as representações sociais acerca do adoecimento, ou seja, em que momento os usuários – neste estudo, as usuárias – se reconhecem “doentes”, necessitando buscar atendimento médico. Assim, Alves e Souza (1999, p.128) reportam-se a Dingwali (1976), quando refere que “[...] o indivíduo procura tratamento em um serviço terapêutico somente quando atribui relevância a algum distúrbio biológico que afete a sua interpretação de normalidade [...]”. Isso também colabora, muitas vezes, para um diagnóstico tardio, pois, acima do adoecer, se sobrepõe, o contexto social em que se insere e a necessidade de subsistência de si e de seus dependentes.

Estas reflexões realizadas são importantes a fim de caracterizar os processos de adoecimento, diagnóstico e tratamento, sendo uma constante na realidade de inserção da autora desta pesquisa. Isto posto, as condições de vida, consideradas em suas dimensões econômico-políticas e socioculturais apresentadas pelos autores revisados e pelas estatísticas mencionadas vão ao encontro das mudanças da vida social, tais como a estruturação e responsabilidades familiares e a inserção das mulheres no mercado de trabalho, como se expôs. Fatos estes que são diretamente observados nos atendimentos realizados no campo de atuação profissional da autora.

A fim de complementar a exposição aqui realizada, que recorta o câncer, e especificamente o câncer do colo do útero como DCNT, é importante considerar que

usuárias acometidas por outros diagnósticos de câncer ginecológico são encaminhadas à Alta Complexidade. Dentre estes, podemos citar o câncer de ovário⁴ e do corpo do útero (endométrio)⁵.

Segundo as Estimativas de Câncer (INCA, 2017, p. 51) podemos explicitar que, no Brasil, “[...] no biênio 2018-2019, há um risco estimado de 6,22 casos a cada 100 mil mulheres de cânceres de endométrio, ocupando a sétima posição [...]”, sendo o sexto de maior incidência na Região Sudeste do país, e que, em nível mundial, em 2012, este ocupava a 6º posição.

No mundo, segundo estimativas de 2012, o câncer de ovário ocupava a sétima posição, sendo sua letalidade mais elevada entre os demais tipos de câncer dos órgãos reprodutores femininos, segundo informa Ferlay et al (2013 apud BRASIL, 2017, p.53). E, ainda de acordo com os dados das Estimativas de Câncer (INCA, 2017, p. 52), “[...] estima-se, para o Brasil, 6.150 novos casos para o biênio 2018-2019, sendo o oitavo mais incidente no Brasil e, também, nesta mesma posição, para a Região Sudeste [...]”.

As figuras 2 e 3, apresentadas a seguir, ilustram a distribuição das estimativas para incidência, considerando os diferentes estados do território brasileiro, respectivamente para os casos de neoplasias malignas de ovários e de corpo de útero (endométrio), que eram apontadas para o ano de 2018.

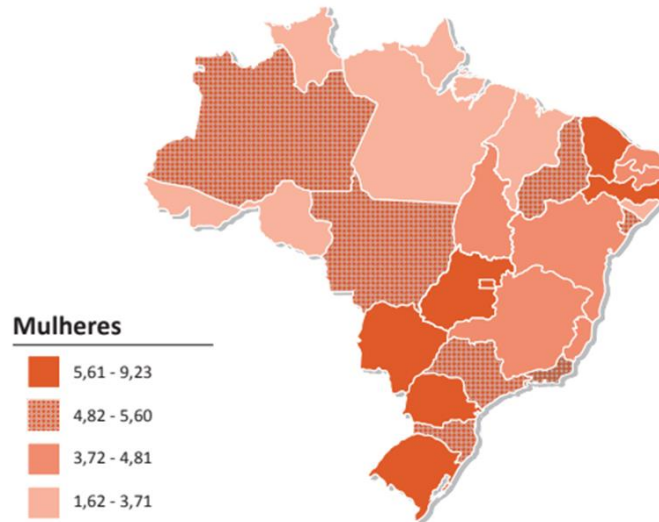
Os dados apresentados corroboram com o que vem sendo apresentado no presente capítulo, com relação a incidência e prevalência dos novos casos de câncer ginecológico, ilustrando que, apesar do CCU ser o mais prevalente, outros diagnósticos de câncer se apresentam no contexto de adoecimento por DCNT.

Finalmente, cabe destacar que, em relação ao câncer ginecológico, a história de sua etiologia, diagnóstico e tratamento datam do século XX, porém, no Brasil, somente a partir de 1930, ocorreram as primeiras ações voltadas para a patologia.

⁴ Histologicamente os carcinomas ovarianos são divididos em 5 subtipos: serosos de alto grau; endometriais; células claras; mucinosas e de alto grau, sendo raro os tumores de células germinativas, saco germinativo e os teratomas, sendo mais comuns os de células granulosas. Fatores genéticos como a história familiar de câncer de ovário ou de mama, menopausa tardia; endometriose; nulipariadade; obesidade e tabagismo estão associados ao CA de ovário. (STEWART; WILD, 2014, apud BRASIL, 2017, p.53).

⁵ Sobre o CA de corpo de útero, o carcinoma endometrial é tumor epitelial maligno, sendo o adenocarcinoma seu principal tipo histológico e está associado ao uso de estrogênio. (STEWART; WILD, 2014 apud BRASIL, 2017, p.52)

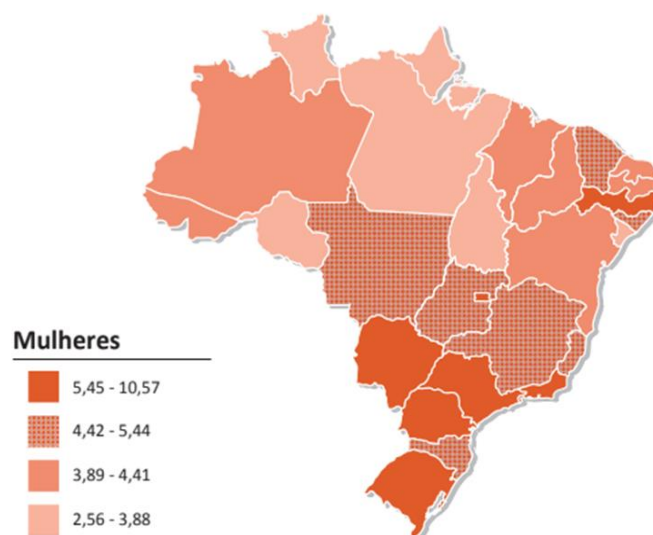
Figura 2 – Representação espacial das taxas ajustadas* de neoplasia maligna do ovário, segundo unidades da federação: Brasil, 2018



Nota: * – Incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna do ovário)

Fonte: BRASIL, 2017, p.107

Figura 3 – Representação espacial das taxas ajustadas* de neoplasia maligna de corpo do útero, segundo unidades da federação: Brasil, 2018.



Nota: * – Incidência por 100 mil mulheres, estimadas para 2018, segundo Unidade da Federação (neoplasia maligna de corpo do útero)

Fonte: BRASIL, 2017, p.107

Em especial, aquelas ações relacionavam, então, a preocupação com o CCU, no que se refere à saúde da mulher, avançando em direção a uma perspectiva mais abrangente. A esse respeito, Leão e Marinho (2002, p.34) traçam um recorte histórico:

Até o final da década de 70, quando se pensava em ‘saúde da mulher’ imediatamente associava-se tal expressão aos problemas de saúde das mulheres grávidas, onde o principal interesse recaía na proteção da saúde do feto. Isso orientava a produção do conhecimento que embasava as políticas de saúde; conseqüentemente, as proposições de organização de atenção à saúde eram marcadas por esse viés. Nos anos 80 uma conjugação de fatores promove inflexão nessa tendência histórica, criando condições para mudanças na definição de prioridades na atenção à saúde das mulheres.

Outro fator que contribuiu para essa mudança nas diretrizes quanto ao cuidado com a Saúde da Mulher, ocorreu a partir de propostas oriundas do feminismo e do movimento sanitário brasileiro, na década de 1980. Desta forma, esses movimentos sociais podem ser considerados um marco nas ações de promoção voltadas para Saúde da Mulher e, também, no que tange ao controle do câncer ginecológico e de mama. Acerca dessas ações, Carvalho (2016), cita Costa e Aquino (2000 apud CARVALHO, 2016, p.32), observando que:

[...] A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 representa um marco para o campo, na medida em que se começa pela primeira vez, a ver a mulher na sua integralidade, compreendida enquanto sujeito social, buscando a superação dos programas verticalizados e assinalando a importância de elaboração de propostas horizontalizadas e descentralizadas, baseando-se nos princípios da Reforma Sanitária

Nessa mesma década, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com a OPAS, cria o primeiro “Manual de Normas e Procedimentos para o Controle do Câncer Cérvico-Uterino”, tendo como proposta, ações de controle do câncer ginecológico. Estas ações deveriam estar integradas à demais ações de Saúde Pública, como, por exemplo, determinando que o exame Papanicolaou deveria ser realizado anualmente. Atualmente, o Ministério da Saúde preconiza que:

No Brasil, o controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde, por meio da publicação ‘Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016’, recomenda o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Em caso de resultado de lesão de baixo grau, a indicação é de repetição do exame em seis meses. (INCA, 2017, p.39).

Considerando sua importância epidemiológica, deve ser lembrado que o CCU possui alto potencial de cura quando diagnosticado em estágios iniciais. Sendo assim, as ações de prevenção deveriam ser tomadas para assegurar e oferecer o acesso igualitário às usuárias, tendo como referência a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), em seu Capítulo I, Seção II “Da Saúde”, artigos 196 a 200 (BRASIL, 1998);

e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990)⁶, para garantia dos direitos à Saúde. Dessa forma, como exemplo dessas ações de prevenção, “[...] desde 2014 está disponível, na rede pública, a vacina tetravalente contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV⁷ para meninas de 9 a 13 anos; e, a partir de 2017, também para meninos de 11 a 13 anos. [...]” (BRASIL, 2017, p. 39).

Nesse sentido, considerando a magnitude do CCU como problema de saúde pública e a importância de implementação ações de prevenção para reverter esse quadro, este estudo pretende abordar os entraves relacionados ao acesso das usuárias aos serviços de saúde, considerando que embora possa acometer qualquer mulher, foi verificado até aqui que as DCNT, bem como o CCU estão relacionados à sua determinação social, conformando necessidades de saúde para a população.

No próximo tópico abordamos os rebatimentos do adoecimento, utilizando a categoria de determinação social do processo saúde-doença para melhor compreensão de seus condicionantes e determinantes.

1.2 A determinação social do processo saúde-doença

A teorização sobre a categoria determinação social do processo saúde-doença, surge na América Latina, a partir das três últimas décadas do século XX, trazendo uma forte influência para a constituição da Saúde Coletiva e ao projeto da Reforma Sanitária. Tem como premissa a crítica à abordagem positivista e que orientava a perspectiva biomédica. Trata-se de concepções e práticas de saúde que consideravam ou a monocausalidade ou a multicausalidade, de que é exemplo, também, a teoria da História Natural da Doença, utilizada como referência e, portanto, com foco no modelo biológico e na medicina assistencial-curativa. A esse respeito, Garbois e colaboradores (2017) explicam que:

⁶ Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso: 01 set. 2018;

⁷ Papilomavírus humano. Há diversos fatores envolvidos na etiologia do câncer do colo do útero, mas as infecções persistentes pelo HPV são o principal deles. Entre seus 13 tipos oncogênicos, o HPV16 e HPV18 são os mais comumente relacionados com o aparecimento da doença. Nesse sentido, o início de atividade sexual com pouca idade, que aumenta a exposição ao risco de infecção por HPV, além da imunossupressão, a multiparidade (ter muitos filhos), o tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais (estrogênio) são fatores associados ao desenvolvimento do câncer cervical. (STEWART; WILD, 2014 apud INCA, 2017, p.39).

[...]. Esse movimento de crítica se situa em um contexto social marcado pela dificuldade da Medicina na produção de um novo conhecimento que fosse capaz de compreender e explicar a causalidade dos principais problemas de saúde que emergiam nos países industrializados, como as doenças cardiovasculares e os tumores malignos.

Nesse movimento questionador ao paradigma biomédico, a corrente da medicina social latino-americana trouxe importantes contribuições para a argumentação teórica sobre as condições de insuficiência das práticas médicas em oferecer soluções satisfatórias para a melhoria das condições de saúde da coletividade, demarcando a entrada de correntes do pensamento social na área da saúde, a partir da realização de uma nova leitura da saúde pública. (FACCHINI, 1994; LAURELL, 1983; BREILH, 1991; TAMBELLINI-AROUCA, 1984; AROUCA, 2003) (GARBOIS et al., 2017, p. 64)

Desta forma, diferente da perspectiva que vem sendo disseminada, mais recentemente, sobre a consideração dos “determinantes sociais” (DSS)⁸, o conceito de determinação social tem como referencial teórico norteador, para o estudo do adoecimento da população, o materialismo histórico-dialético. Não se detém, apenas, ao aspecto biológico da doença, mas considera também a dimensão social do processo saúde-doença.

Sobre esse tema, Barata nos diz que:

Na América Latina a discussão sobre desigualdades sociais vem sendo feita principalmente à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Essa teoria analisa a própria constituição do sistema capitalista de produção e suas formas particulares de expressão nas diferentes sociedades, dando maior ênfase aos mecanismos de avaliação do capital e a distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes. A posição de classe e a reprodução social passam a ser vistas como os principais determinantes do perfil de saúde e doença. (BARATA, 2009, p.18).

Assim sendo, o foco passa da “pobreza estrutural” para o olhar na perspectiva das “desigualdades sociais”. Barata (2009) observa que, na versão brasileira, a categoria de determinação social se expressa dando:

[...] maior ênfase explicativa ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, às quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida. Ao mesmo tempo que busca articular as diferentes esferas da organização social, o conceito de modo de vida reúne em um mesmo marco teórico as condições coletivas dos grupos e os comportamentos dos indivíduos que compõem esses grupos. (BARATA, 2009, p. 18-19).

E sobre a determinação social, na perspectiva dialética, a autora aponta que:

⁸ “[...] a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) apresenta a seguinte definição para os DSS: ‘são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população’ (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 78). Em suma: são as condições sociais de vida e trabalho dos indivíduos”. (SOUZA, 2013, p.47)

[...] as classes sociais são definidas como grandes grupos de indivíduos que se diferenciam entre si pela posição que ocupam no sistema de produção historicamente determinado, pelas relações que estabelecem com os meios de produção, pelo papel que desempenham na organização social do trabalho e pelo modo como se apropriam de parte da riqueza social. O conceito engloba as dimensões econômicas, sociais, jurídicas, políticas e ideológicas. (BARATA, 2009, p.24).

Sendo assim, o olhar que passou a ser estabelecido é o que se desenvolve a partir da compreensão de que o processo saúde-doença é um fenômeno não apenas individual/biológico, mas social e coletivo. Dessa forma, o objeto saúde-doença é compreendido como processual e não tem como ponto de partida apenas o indivíduo, mas, sim, o grupo social. Para evidenciar este novo enfoque, cabe referenciar aqui a afirmativa de Laurell (1983 apud GARBOIS et al, 2017, p. 65), ao assim estabelecer:

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.

A determinação social se coloca, assim, para além da perspectiva causal e do reducionismo a que pode se reportar o conceito de “determinantes sociais” (DSS), já que este pode gerar uma culpabilização dos sujeitos, ao passo que considera “fatores de riscos” e “estilos de vida” como as “causas” do adoecimento.

Desta forma, “[...] O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica [...]”. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 958). E, também, é importante reconhecer que ao se reportar à determinação social,

[...], portanto, não consiste em [se] compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que as possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para tal, dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social [...]. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 962).

Já Garbois e colaboradores (2017, p. 74, grifos dos autores), ao tratarem das políticas públicas de saúde, entendem que:

[...] insistir na separação entre o social e a saúde significa contrariar o princípio da integralidade. Reforça a fragmentação da vida e constrói atalhos contrários às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Abordar os acidentes e as mais variadas formas de violência como ‘causas externas’ ao setor saúde é reduzir a capacidade política de todos os atores sociais para agir perante essas complexas questões sociais.

Sendo assim, no espaço das práticas cotidianas de saúde, o conceito de determinantes sociais pode vir a ferir o princípio de integralidade, pois trata o sujeito como composto por partes distintas, dividido em especialidades, desconsiderando sua história de vida e como vive e coexiste na sociedade capitalista. De forma distinta, a teorização da Medicina Social latino-americana trata a determinação social do processo saúde-doença em uma perspectiva ampliada, considerando este processo como multiplamente determinado.

Nesse sentido, é que, partindo desta teorização crítica, se pretende compreender esta realidade do acesso tardio e considerando sua possível relação com as mudanças a partir da regulação na assistência à saúde, tomando como recorte específico a atenção em saúde no CCU.

Este interesse foi despertado a partir da observação enquanto profissional, da realidade das usuárias da Ginecologia Oncológica do INCA/HCII, considerando que estas chegam ao referido serviço para tratamento de saúde, encaminhadas atualmente via Sistema de Regulação, trazendo consigo suas histórias de vida, mas que se relacionam às múltiplas determinações e condicionantes que precisam ser considerados e analisados. Dessa forma, entende-se que a perspectiva teórica de determinação social do processo saúde-doença poderá fornecer os aportes necessários para realização do estudo teórico-bibliográfico, aqui proposto.

Sobre esta questão, Cecílio (2006) aponta que os usuários, ao procurar a Rede Básica de Saúde, trazem consigo suas necessidades, sendo estas sociais e historicamente determinadas, e demandam à equipe de saúde várias habilidades para o atendimento das respectivas necessidades. Dentre as demandas apresentadas, é importante considerar o aspecto biológico, o ambiente e o vínculo com a equipe multiprofissional, sendo fundamental a escuta. Nesse sentido é importante ressaltar que:

[...] é necessário pensar o 'sistema' de saúde menos como 'pirâmide' de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes. (CECÍLIO, 2006, p.122).

Sendo assim, Stotz (2004, p. 290) complementa, quando conclui que:

Basear a organização de um sistema de saúde na dialética da satisfação das necessidades é admitir que essas necessidades são construídas e que essa construção se faça com base não apenas na multiplicidade dos atores, mas igualmente nos milhares itinerários terapêuticos das pessoas comuns em busca de alívio para o seu sofrimento e tratamento para suas doenças e

incapacidades. Por isso mesmo, a organização de um sistema de saúde com base nas necessidades de saúde expressa o ponto de vista de uma proteção universal da saúde, sob o pressuposto do bem-estar social.

Desta forma, de acordo com os apontamentos discutidos no presente capítulo, podemos concluir que ações de prevenção, a escuta ativa dos profissionais e o vínculo entre equipe e usuários, permite um atendimento mais equânime, promovendo a visão integral do cuidado, comprometidos com a realidade trazida pelos usuários.

2 O ACESSO E A ATENÇÃO EM SAÚDE NO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

2.1 A questão do acesso em saúde: revisão teórico conceitual

A partir das considerações tecidas sobre determinação social e o câncer ginecológico e, mais especificamente, o CCU como DCNT, no capítulo anterior, é importante conceituar a categoria acesso, no que se refere a sua relação com os princípios fundamentais da legislação do SUS, sendo eles: a universalidade, a integralidade e a equidade aos serviços de saúde.

O termo “acesso” é abordado por diversos autores e recebe diferentes conotações. Travassos e Martins (2004) destacam, dentre outros, dois dos principais autores que discorrem sobre acesso e, a partir dessas teorias, se debruçam os demais autores no que se refere a sua conceituação e concepções correlatas.

Segundo as autoras acima apresentadas, o primeiro conceito, baseado na teoria de Donabedian (1973), aborda o termo “acesso” vinculando-o ao conceito de acessibilidade, isto é “[...] caráter ou qualidade do que é acessível” (2004, p. 191). Para este autor, a acessibilidade é definida como:

[...] um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. A acessibilidade é, assim, fator da oferta importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191).

O segundo conceito é pautado na teoria de Andersen (1973). Para este autor, segundo Travassos e Martins (2004, p. 191), o acesso:

[...] é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes. [...].

Dessa forma, tendo como premissa os princípios da legislação da Política de Saúde no Brasil e, como ocorre o acesso aos serviços de saúde atualmente, o conceito abordado por Andersen (1973) se aproxima melhor da realidade estudada, pois entende-se que o autor se reporta não só ao acesso em si, mas, também, aos

níveis de complexidade da atenção à saúde e continuidade do tratamento. Já, Donabedian considera a questão da inscrição dos serviços no território que, ainda que seja importante, não se volta especificamente para a complexidade do cuidado em saúde, considerando-a, no que se refere às esferas do cuidado, como aqui nesta pesquisa se pretende abordar. A esse respeito, Travassos e Martins (2004) observam que,

[...] para Andersen, a avaliação da equidade no acesso é inferida valendo-se da presença de fatores individuais capacitantes na explicação do uso de serviços de saúde. Para este autor, a presença de outros preditores do uso, além da necessidade de saúde e dos fatores demográficos (predisponentes), denota uma situação de iniquidade. Aponta também que a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 192).

Ao contrário do que se propõe aqui, Vidal (2017), por exemplo, aborda o conceito de acesso pautado na teoria de Donabedian (1973). O referido autor entende que acesso é melhor compreendido partindo do conceito de acessibilidade. Vidal apresenta os conceitos relacionados pelo autor, no seu entendimento, tais como os de universalidade, humanização, regulação em saúde, entre outros. Enfatiza que, de acordo com o referido modelo, as informações sobre a qualidade dos cuidados são organizadas em três categorias: estrutura, processo e resultado. Cita ainda os “[...] ‘sete pilares da qualidade’: Eficácia, Efetividade, Eficiência, Otimização, Aceitabilidade, Legitimidade e Equidade [...]”, abordados por Donabedian (1973).

Segundo Sanchez e Ciconelli (2012), Aday e Andersen (1973) consideram as características da população e disponibilidade organizacional e geográfica, entendendo acesso como uma ideia política. Citam que, atualmente, as principais características do acesso à saúde podem ser resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, auxiliando na avaliação por indicadores de processos e resultados e na determinação da existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde.

Abaixo, na figura 4, é apresentado o esquema de Sanchez e Ciconelli (2012) para exemplificar as dimensões do acesso e seus indicadores:

Figura 4 - Dimensões do acesso à saúde e indicadores



Fonte: SANCHEZ; CICONELLI (2012, p.262).

Essas dimensões podem apontar o quanto o acesso via atenção básica pode minimizar a necessidade de hospitalização, refletindo nos resultados dos cuidados em saúde, conforme prevê Travassos e Martins (2004), quando se referem a cobertura efetiva.

Desta forma, atualmente acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde, pois tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos, voltado para o sentido da equidade e valorização do vínculo com a equipe de saúde, considerando todos os determinantes e condicionantes tais como a valorização das desigualdades e, seguindo o conceito de equidade vertical, define como atendimento de forma desigual, porém equilibrado, de indivíduos desiguais, e desta forma, se aproximando mais do conceito de justiça social.

Sendo assim, Sanchez e Ciconelli (2012) concluem que:

A definição de acesso, calcada em quatro elementos principais, denominada disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, cada vez mais se confunde com o conceito de equidade em saúde. A maior parte das análises e pesquisas convergem para uma reflexão comum: o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p.267).

Isto posto, tendo promovido a reflexão crítica acerca dos dois principais conceitos sobre acesso, o conceito de Andersen (1973) mais se aproxima a concepção da autora sobre acesso, conforme já exposto. Assim sendo, é notório observar que ambos autores, Donabedian e Andersen, abordam o conceito de “necessidade de saúde”, muito utilizado na Saúde Coletiva e que guarda relação íntima com a perspectiva teórico-conceitual adotada nesta pesquisa.

Não é demais lembrar que a concepção de Saúde, prevista nas legislações nacionais e estruturadora do Sistema Único de Saúde, preconiza o acesso universal, integral e equânime em seus princípios e diretrizes, tendo a Atenção Básica como porta de entrada para ações de prevenção e controle das enfermidades; mas que deve avançar em direção a todos os níveis do sistema, na média e na alta complexidade, a fim de atender justamente aos princípios de universalidade e integralidade. Como observa Cecílio (2006), não há integralidade e equidade possíveis sem a universalidade do acesso. O referido autor enfatiza a necessidade de repensarmos a organização do processo de trabalho e a construção de novos saberes e práticas de saúde.

A referência de Andersen se aproxima, portanto, das premissas aqui abordadas acerca do acesso, no tocante aos conceitos da hierarquização dos serviços de saúde do SUS e de valorização das iniquidades dos usuários. No que diz respeito, ao aspecto político, estimula a participação dos usuários na busca e garantia da equidade, promovendo o acesso e, conseqüentemente a superação das desigualdades; reforçando a importância do vínculo com a equipe de saúde e o atendimento das demandas, fundamentais na categoria de necessidades de saúde, como é exposto a seguir.

2.2 Necessidades de saúde: conceito e importância no atendimento aos usuários

Sobre necessidades de saúde, Cecílio (2006) refere-se aos conceitos de universalidade, integralidade e equidade, princípios da Reforma Sanitária e norteadores da Política de Saúde no Brasil. O referido autor aborda mais especificamente os conceitos de integralidade e equidade, pois o mesmo ressalta que:

Dou ênfase a esses dois conceitos porque creio que a integralidade e a equidade, enquanto objetivos da atenção em saúde, vão além do simples 'consumo' ou acesso a determinados serviços e nos remetem ao campo da (s) micropolítica (s) de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos que, afinal, configuram um 'macro' política de saúde que, por convenção (e inércia) temos chamado de 'sistema de saúde'. Mais ainda, acho que pensar a equidade e a integralidade da atenção nos obriga a enxergar como o 'micro' está no 'macro' e o 'macro' no 'micro' e que esta recursividade, mais do que uma formulação teórica, tem importantes implicações na organização de nossas práticas. A luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde. (CECÍLIO, 2006, p.117).

Cecílio (2006) recupera as abordagens que situam, historicamente, o conceito de necessidades de saúde atrelado aos movimentos sociais que evoluíram para as atuais legislações da Saúde. De fato, sobre este tema, Stotz (2016) relata que, na década de 1990, foi realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo MS um inquérito de saúde para avaliar os indicadores de necessidades de saúde. Nesse inquérito foram consideradas na avaliação do estado de saúde, a restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde, a prevalência de hipertensão e de diabetes, de acordo com propostas elaboradas no âmbito de uma organização multilateral, a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em sua tese, Stotz (1991), p. 58) observa

[...] que o inquérito tem como referência uma pessoa ou um indivíduo capaz de adotar um comportamento saudável. Ele deve perceber a saúde como um 'estado' e de funcionar de acordo com as funções e tarefas para as quais foi preparado. [...]. (STOTZ, 1991, p. 58)

Numa perspectiva marxista, Stotz (2016, p.69), em artigo mais recente, retoma a discussão das necessidades de saúde e considera que “[...] as relações de classe e, portanto, as necessidades do ponto de vista do desgaste e da reprodução dos trabalhadores, são reguladas pelo Estado, tanto do ponto de vista jurídico e coercitivo, como do ponto de vista ideológico e persuasivo [...]”. Por esse motivo, ratifica a

importância de examinar as necessidades sociais na sociedade em que vivemos para a compreensão do Estado contemporâneo. Tudo isso, acirrado pela crise do Estado de Bem-Estar social, as repercussões do neoliberalismo e da reestruturação produtiva e, no âmbito da política pública, ressalta as mudanças operadas na sociedade após a II Guerra Mundial, como assim observa:

[...] a deslegitimação das demandas sociais dos trabalhadores encontra sua justificativa, na área da saúde, na mudança do quadro das doenças prevalentes na população após a II Guerra Mundial. É o que se convencionou denominar de transição epidemiológica, a saber, alteração nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez que acompanham transformações demográficas, sociais e econômicas do mundo desde então. (STOTZ, 2016, p. 71)

E complementa, citando Schramm et al, para evidenciar que este processo:

[...] engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante. (SCHRAMM et al., 2004, p.898 apud STOTZ, 2016, p. 72).

Stotz (2016, p.72) destaca também que, já na década de 1990, ocorre uma mudança na forma de se pensar o processo saúde-doença, havendo o abandono “[...] do estudo da determinação social do processo saúde-doença em prol da importância dos determinantes passíveis de intervenção específica por uma colaboração entre Estado, comunidade e indivíduos, nas quais sobressalta a importância da educação para a saúde”.

Com esse conjunto de fatores históricos ocorridos no âmbito político e social, Stotz (2016) tece uma autocrítica a sua tese de doutorado (1991), pois considera que não explicitou claramente o conceito de necessidade de saúde. Isto é, que não se tratava, em sua tese original, de transladar o conceito de ordem teórica de necessidades de saúde para os processos decisórios e de estruturação da saúde, conforme assim se expressa:

As considerações precedentes sobre a determinação social e políticas das necessidades de saúde, historicamente compreendidas sob a forma contemporânea do Estado, levam-nos, por fim, a questionar a cientificização da política, ou seja, a extensão da objetividade e imparcialidade, requisitos de verdade afirmados pela ciência, ao processo decisório no campo da política pública e do direito. (STOTZ, 2016, p.72)

Sobre esta questão, Cecílio cita Stotz (1991), e considera a fundamentação do autor acerca das necessidades de saúde:

[...] Entre tantas contribuições do autor [STOTZ], destaco duas. A primeira é aquela que reconhece que, se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. A outra indicação de Stotz que tenho adotado e desenvolvido é que seria quase inevitável a adoção de alguma taxonomia de necessidades de saúde, 'ou seja, de que se deva utilizar um conceito normativo (de necessidade de saúde) que seja traduzível em descritivo e operacional' [...]. (STOTZ, 1991, p. 136 apud CECÍLIO, 2006, p.118).

Sendo assim, Cecílio (2006), com base em Stotz (1991), apresenta quatro conjuntos que tratam as necessidades:

O primeiro conjunto considera as “boas condições de vida”, contraditoriamente com o processo de determinação da saúde, numa perspectiva marxista, e refere-se aos “[...] diferentes lugares ocupados pelos homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer [...]”, isto é “[...] a maneira como se vive se ‘traduz’ em diferentes necessidades de saúde”. (CECÍLIO, 2006, p.118).

O segundo conjunto trata do acesso às “tecnologias em saúde”, para se prolongar a vida. O autor argumenta que o diagnóstico precoce é tão importante quanto o tratamento na alta complexidade, pois “[...] A ‘hierarquia’ de importância do consumo das tecnologias não a estabelecemos unicamente nós, técnicos, mas, também, as pessoas com suas necessidades reais”. (CECÍLIO, 2006, p.119).

O terceiro grupo aborda o “vínculo entre usuário e equipe de saúde”. O autor observa que, sobre o vínculo, deve-se compreender que:

[...] Vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do ‘sistema’ de saúde para o usuário. A reconceitualização aqui é reconhecer que o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades. (CECÍLIO, 2006. p.119).

E finalmente, no quarto grupo, aponta que a “autonomia do usuário” promove sua participação no processo de adoecimento, considerando o processo de informação e educação. “[...] A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta resignificação ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível. ” (CECÍLIO, 2006, p.119).

Considerando os aspectos trabalhados por Cecílio (2006), deve ser destacada, portanto, uma outra questão muito relevante sobre necessidades de saúde – a demanda. Isto é, sua importância irreduzível está relacionada às reais necessidades

dos usuários quando buscam o atendimento de saúde. A esse respeito Luz (2006, p. 31) observa que se

[...] a demanda por saúde for socialmente construída em função da doença e do seu combate ou prevenção, acreditamos ser impossível aceder a uma demanda efetiva por saúde, no sentido positivo e propositivo do termo. Isto não nos impede, é certo, de tentar, a partir da presença da sociedade civil nos serviços, principalmente através das instâncias institucionais de controle social e participação, de tentar ouvir, no interstício dos reclamos da população, o que é buscado por ela em termos de saúde.

Considerando essa premissa, podemos afirmar que os elementos que constituem a demanda em saúde surgem a partir da relação dos usuários com a oferta de serviços de saúde, considerando ainda o relacionamento com os profissionais e gestores, como já visto, anteriormente, na questão do vínculo, por exemplo.

Nesse sentido, podemos afirmar que as necessidades de saúde se tornaram uma categoria norteadora para entendermos os modos de constituição das demandas que se relacionam com a construção do direito à saúde e o quanto a superação do modelo biomédico, preconizado pelo conceito de determinação social do processo saúde-doença, faz-se importante no cuidado em saúde.

A este respeito, o conceito de taxonomia abordado por Cecílio e Matsumoto (2006), busca dialogar com distintos enfoques e perspectivas desenvolvidas por diferentes matrizes teóricas, sistematizando-as em um quadro de ideias já vistas anteriormente nos quatro conjuntos de necessidades apresentados. Cecílio (2006) complementa, expondo sobre esta taxonomia das necessidades de saúde, recuperando a antiga formulação de Stotz de que “[...]o conceito descritivo e operacional precisa ser reconceitualizado para poder exprimir a dialética do individual e do social [...]” (STOTZ, 1991, p. 136). E complementa com sua própria formulação:

[...] A taxonomia que tenho adotado (CECILIO, 1999; MATSUMOTO, 1999) trabalha com a ideia de que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas, de forma bastante completa, numa taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos. (CECÍLIO, 2006, p.118).

Diante do exposto, é de suma relevância que os profissionais de saúde adotem em sua prática cotidiana o exercício da escuta e o reforço do vínculo para com os usuários. Adotando essa prática, estarão implementando ações de promoção à saúde que viabilizem o acesso, visando o atendimento das demandas e a valorização das desigualdades, preconizando a integralidade do cuidado. Nesse sentido, no próximo

tópico, abordaremos a sistematização do acesso à saúde, que foi historicamente estabelecido a partir da Regulação da Saúde no Brasil.

2.3 Acesso e regulação em saúde:

A partir do que foi anteriormente abordado sobre acesso, necessidades de saúde dos usuários e promoção da integralidade do acesso, é importante tecer algumas considerações acerca da regulação em Saúde.

Sob a ótica econômica, o conceito de regulação se refere à “[...] intervenção estatal para corrigir ‘falhas de mercado’, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle.” (SANTOS; MERHY, 2006 apud VILARINS, SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012, p. 642). Sendo assim, utilizar a regulação como instrumento de gestão pode se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde para amortizar a desigualdade, no que se refere a relação entre necessidade, demanda e oferta. Sob esta perspectiva, Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012) observam que:

Na área da saúde, o Estado é o principal sujeito da regulação, compreendendo três níveis de atuação: a) regulação sobre sistemas de saúde; b) regulação da atenção à saúde e; c) regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial (SHILLING; REIS; MORAES, 2006 apud VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ 2012, p.641).

Sendo assim, é importante ressaltar que a regulação sobre sistemas de saúde contém as ações de regulação da atenção à saúde, que, por sua vez, contém as ações de regulação do acesso à assistência.

Isto posto, podemos considerar que a implementação da regulação assistencial, tem como objetivo promover a equidade do acesso aos serviços de saúde, e desta forma promover a garantia da integralidade da assistência. Sobre essa afirmativa, Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012, p. 641) explicitam que a regulação em saúde permite “[...] ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. [...]”. Nesse sentido, uma das estratégias utilizadas pelo SUS seria a organização de centrais de regulação do acesso por temas ou áreas assistenciais – questão que será abordada mais adiante.

A esse respeito, Vilarins, Shimizu e Gutierrez cita Castro (2002, p.643) afirmam que “[...] a função reguladora do Estado é fundamental para harmonizar e articular a

oferta e a demanda, pois a intervenção estatal na saúde seria a única forma de otimizar a alocação dos escassos recursos disponíveis para a sociedade. [...]”. Portanto, a regulação em Saúde pode ser vista como um importante instrumento de gestão, pois marca a transição de um Estado meramente provedor para um Estado com a função de garantidor de direitos.

Isto posto, é importante situar que historicamente, a regulação do acesso no Brasil/SUS, foi sendo delineada a partir da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96) (BRASIL, 1996)⁹ e, depois, com a implementação da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/2002) (BRASIL, 2002)¹⁰, aparecendo com maior contundência no aparato normativo do SUS. Nesse processo, a perspectiva foi a de ampliar a responsabilidade dos municípios sobre a atenção básica e delegar à União e aos estados da federação a gestão da média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde.

Ainda sobre o desenvolvimento da regulação na política de saúde nacional, Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012, p.644) complementam, destacando que:

A regulação no SUS ganha força após o Pacto de Gestão (2006), que tem como principal finalidade a busca de maior autonomia para os estados e municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo e tornando mais claras as atribuições de cada uma, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada.

Em 2008 foi instituído, pelo SUS, por meio da Política Nacional de Regulação, (PNR)¹¹ o Sistema Nacional de Regulação (SNR), visando a garantia da organização das redes e fluxos assistenciais, com o objetivo de prover acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, estando organizada em três diretrizes:

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS – NOB-SUS 01/96. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.203, de 6 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 24 out. 2018.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional da assistência à saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em 24 out. 2018.

¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 14 ago. 2018.

A primeira trata da hierarquização da gestão dos sistemas de regulação, conforme preconizado pelas legislações da saúde, e tal como visto acima, também a partir de Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012):

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; (BRASIL, 2008).

A segunda se refere a competência dos estados e municípios, respaldado pelo que foi preconizado no Pacto pela Saúde, no que diz respeito a Regulação assistencial e suas respectivas estratégias e efetivação:

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; (BRASIL, 2008).

E, finalmente, a terceira diretriz do Sistema de Regulação trata da operacionalização dos fluxos assistenciais, considerando o dispositivo da “classificação de risco”, que elege as prioridades da regulação:

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (BRASIL, 2008).

Desta forma, atualmente, o acesso aos serviços de saúde, desde a Saúde Básica até a Alta Complexidade são gerenciadas pelos Sistemas de Regulação estaduais e municipais. Sobre o Sistema de Regulação do SUS, Farias (2009, p.17) observa como esta estruturação da regulação deve se vincular aos princípios originários do SUS, preconizados desde a Reforma Sanitária:

Nesse sentido, a regulação pública em saúde, no contexto do SUS, é entendida como um conjunto de atividades políticas, jurídicas, administrativas e técnico-gerenciais que vão muito além da simples atividade normativa e

burocrática. Visa garantir seu papel constitucional, tendo a saúde como dever do Estado e direito universal do cidadão. O papel regulador do Estado no setor saúde se insere neste contexto, subordinado ao dinamismo do processo de Reforma Sanitária Brasileira em curso há duas décadas, onde um dos objetivos principais é constituir um sistema de saúde de base pública com caráter universal e equânime.

A esse respeito, Barbosa, Barbosa e Najberg (2016, p. 52) observam que as Centrais de Regulação:

[...] atuam, portanto, como um centro nervoso que busca equalizar recursos disponíveis e demandados pelos usuários. A organização do fluxo de usuários dentro das redes e unidades de saúde problematiza, constantemente, a capacidade de resposta do sistema e informa sobre as dificuldades para sua legitimação junto à sociedade.

Sobre este tema, Barbosa, Barbosa e Najberg (2016) comentam, ainda, que os Centros Reguladores (CRg), segundo o que a PNR do SUS preconiza, podem ter estruturas com modelos de CRg estaduais, regionais e municipais, assim caracterizados:

I - Complexo Regulador Estadual: Gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do estado. II - Complexo Regulador Regional: a) Gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do estado; b) Gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do estado; e III - Complexo Regulador Municipal: Gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal. (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016, p. 52).

Dessa forma, a regulação em Saúde objetiva a promoção, a equidade do acesso e garantia à integralidade da assistência de forma universal e ordenada, segundo os princípios do SUS; tornando-se, então, um instrumento de gestão pública imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde.

Sendo assim, cabe aos gestores e os serviços de saúde implementar ações para efetivar o acesso via regulação, de forma que os usuários possam ser encaminhados às esferas de cuidado e utilizar os serviços de saúde, priorizando a promoção a saúde e prevenção de doenças, e não somente tratando as complicações e amenizando os sintomas dos quadros de doença avançada. A organização popular

neste nível - os conselhos gestores - deveria exigir que os serviços se abram ao diagnóstico e planejamento participativos como instrumentos de educação mútua de técnicos/profissionais e população/usuários na luta pela saúde como um bem coletivo.

Por esse motivo é imprescindível a manutenção dos vínculos entre usuários e profissionais de saúde, pois reconhecendo e valorizando as necessidades de saúde da população e todas as desigualdades sociais atreladas ao adoecimento, é que se poderá atender as reais demandas e promover a integralidade do cuidado.

A esse respeito, o olhar empírico, enquanto profissional da Saúde, suscitou a inquietação em entender o porquê de as usuárias acessarem tardiamente os serviços de Alta Complexidade e quais os entraves enfrentados para o acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo hábil, podendo significar a cura. Tudo vai ao encontro ao que preconizam as legislações no âmbito da Saúde, no que se refere ao acesso universal, integral e equânime dos serviços.

Partindo das considerações sobre acesso e regulação, podemos contextualizar que as mulheres que chegam encaminhadas pelos Sistemas de Regulação para tratamento no INCA/HCII percorreram toda uma trajetória até chegar ao tratamento de fato. É neste cenário que o assistente social, junto à equipe multiprofissional, busca articular ações para inclusão das usuárias, visando oferecer melhores condições de sobrevivência diante do quadro de doença avançada.

Diante desse cenário de morosidade do encaminhamento pelos Sistemas de Regulação para o início do tratamento, muitas usuárias recorrem à Justiça como alternativa para garantia de acesso à Alta Complexidade, para tratamento em tempo hábil, sendo comum o atendimento de usuárias que ingressam nas instituições para tratamento por meio de liminar através da “judicialização” da saúde. Diante do exposto, no que se refere à regulação em saúde, o acesso aos serviços de saúde deveria ser otimizado, ocorrendo de forma descentralizada e equânime, em acordo com o que preconiza a CF/1988 e a LOS (BRASIL, 1988; 1990).

Isso se dá, operacionalmente, através da inscrição das usuárias por seus devidos serviços de saúde de referência, na Sistema Estadual de Regulação (SER) ou Sistema de Regulação do município do RJ (SISREG), tendo sido instituído por meio da PNR/SUS. (BRASIL, 2008). Como já explicitado, segundo essa legislação, o que se visa é a garantia da organização das redes e fluxos assistenciais, com o objetivo de prover acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, com o objetivo de otimizar o acesso através da distribuição da demanda.

Infelizmente, contudo, o que observamos no dia a dia de atendimento às usuárias não tem ido ao encontro do que é assim preconizado por essa política, pois diariamente é possível se deparar com usuárias, em diversas faixas etárias, muitas em idade produtiva, trabalhadoras, mães e, na sua maioria, chefes de família, que chegam ao serviço com quadro de doença avançada.

Sendo assim, reforçando a lógica de promoção e garantia do acesso, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNAO) (BRASIL, 2013)¹² preconiza, no que se refere ao acesso à saúde, que as ações de promoção e prevenção ocorram, prioritariamente, na Atenção Básica, visando a redução dos casos de câncer, e conseqüentemente a redução da incapacidade e mortalidade causadas por estas neoplasias malignas. Essas ações deverão ocorrer por meio de programas de promoção, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno, com vistas a diminuir a incidência de alguns tipos de câncer.

Outro fator que tem colaborado muito para esse quadro é a dificuldade de efetivação do acesso à rede básica, responsável pela detecção precoce. Segundo a LOS, isso deveria ocorrer de forma verticalizada, em escala descentralizada, dos municípios à União, da Saúde Básica à Alta Complexidade, considerando também o nível secundário da atenção e priorizando o atendimento para prevenção na instância municipal, para evitar agravos. Com já explicitado anteriormente, a PNAO tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por câncer e visa à possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos da doença. Visa ainda contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Sobre essa questão, na citação a seguir, podemos verificar o que preconiza a legislação em vigor:

Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as

¹² BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 14 ago. 2018.

Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (BRASIL, 2013).

Observa-se, no entanto, que apesar do avanço obtido no terreno jurídico, sedimentado através da instituição das legislações; após décadas da criação da PNAO e, mais recentemente, do Sistema de Regulação, que pressupõem a ampliação da cobertura do atendimento e definições de competências para os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária; o que se observa é que, mesmo diante dos inúmeros avanços tecnológicos para o diagnóstico e o tratamento, na realidade, o que vem ocorrendo é o aumento alarmante de casos novos em parâmetros mundiais, mesmo com a proposta de controlar o tempo inicial e oportuno de tratamento. Nesse sentido, a lei 12732/12 (BRASIL, 2012)¹³, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece que o prazo para iniciar o tratamento deva ocorrer em até 60 dias, a partir da confirmação do diagnóstico oncológico, tem como pressuposto regular essa demanda e garantir o acesso em tempo hábil.

Nesse sentido, é importante resgatar o que a autora Bahia (2006) expõe em seus textos quanto ao tema sobre a regulação dos serviços de saúde, fazendo um paralelo entre o “SUS constitucional” versus o “SUS real”. A autora nos remete aos ideais preconizados na Reforma Sanitária, Constituição Federal e a elaboração da Lei Orgânica da Saúde, enfatizando seus princípios, como a universalização. Considera a regulação da saúde como um novo modelo, que se aproxima à perspectiva de “cidadania regulada¹⁴”, pois o Sistema encaminha o usuário aos serviços especializados, sendo apresentado à população como uma alternativa de distribuir de forma equânime a demanda por serviços de saúde pelo SUS, o que, na realidade, não vem ocorrendo.

Desta forma, é de suma relevância que na Rede de Atenção Básica e nas Centrais de Regulação ocorram ações para promover o acesso das usuárias que chegam em busca do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde para realização

¹³ BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 nov.2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm>. Acesso em 18 out. 2018

¹⁴ “[...]. Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um Sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. [...] “. (SANTOS, 1979, p. 75)

do exame ginecológico, conforme preconizado pela teoria sobre acesso. Sendo assim, com essas ações, busca-se que os serviços sejam ofertados em tempo hábil, bem como a confirmação do diagnóstico e o encaminhamento ao tratamento adequado, de acordo com o estadiamento da doença.

No capítulo a seguir será apresentada a pesquisa bibliográfica realizada acerca do tema proposto no presente estudo, e suas respectivas etapas de busca, classificação, leitura e análise dos resultados apresentados, vislumbrando propostas para um atendimento que priorize o acesso integral das usuárias acometidas pelo CCU.

3 UM ESTUDO DE REVISÃO: ESTADO DA ARTE DA PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE ACESSO E REGULAÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O presente trabalho teve como questão central investigar a questão do acesso das usuárias e os entraves encontrados para o diagnóstico e prevenção do CCU, sendo este o mais prevalente entre aqueles de origem ginecológica.

A opção de encaminhamento da pesquisa recaiu em um estudo de revisão bibliográfica, do tipo denominado “estado da arte”. Na exposição desenvolvida a seguir, inicialmente apresentamos considerações gerais e metodológicas de como foram desenvolvidos o estudo e a caracterização da pesquisa. Posteriormente, é apresentada a pesquisa bibliográfica em si, na sua fase exploratória, apresentando os resultados obtidos nas buscas realizadas junto às bases bibliográficas, à luz dos critérios de inclusão e exclusão adotados para a seleção dos estudos para análise e desenvolvimento da pesquisa.

Na segunda parte, é exposta uma leitura e análise dos resultados encontrados, procurando desenvolver, ainda, uma correlação com os referenciais teóricos revisados anteriormente, em acordo com os eixos temáticos abordados pelos estudos classificados para a pesquisa. Assim, são apresentados os resultados encontrados, identificando a produção acadêmico-bibliográfica que foi levantada e revisada de acordo com seus objetivos.

Na terceira parte, é apresentado o desenvolvimento da pesquisa, utilizando a fundamentação baseada nos artigos selecionados para o desenvolvimento da pesquisa, seus resultados e propostas.

3.1 Considerações gerais e caracterização da pesquisa

Este trabalho utilizou como metodologia a pesquisa denominada como do tipo “estado da arte”, considerando a importância da pesquisa bibliográfica como instrumento de pesquisa e sua ascendência no meio acadêmico no Brasil, a partir da década de 1980. Sobre este tipo de abordagem metodológica, Vosgerau e Romanowski (2014, p.171) observam que:

A expressão estado da arte, ou estado do conhecimento, segundo Brandão, Baeta, Rocha (1986, p. 7), resulta de uma tradução literal do Inglês, e conforme a autora tem por objetivo realizar levantamentos do que se conhece

sobre um determinado assunto a partir das pesquisas realizada em uma determinada área.

Considerando a relevância dos estudos que adotam a referida metodologia, é importante destacar que:

[...] Nos últimos quinze anos, no Brasil e em outros países, tem se produzido um conjunto significativo de pesquisas conhecidas pela denominação 'estado da arte' ou 'estado do conhecimento'. Definidas como de caráter bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas.[...] Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar, à luz de categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenômeno passa a ser analisado. (FERREIRA, 2002, p. 258).

Desta forma, as pesquisas denominadas "Estado da Arte" têm como pressuposto a aproximação do pesquisador com o objeto e, a partir da pesquisa bibliográfica, ir se apropriando do material pesquisado, de acordo com os descritores pré-estabelecidos, entendendo que:

[...]. A pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto. (GIL, 1994 apud LIMA; MIOTTO, 2007, p.40).

Sendo assim, é de suma importância o levantamento e revisão bibliográfica, com a finalidade de apreensão do tema que se pretende pesquisar. Essa etapa compreende o levantamento dos estudos acerca da temática da pesquisa. Isso se dá através da busca em fontes de dados tais como bases bibliográficas, compreendendo teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e artigos.

É importante destacar que, na pesquisa, portanto, faz-se necessário realizar o levantamento de todo o material pesquisado nas bases de dados, na fase exploratória da pesquisa teórico-bibliográfica. Segundo Gomes (2011) a interpretação desse conteúdo assume a face central, sendo o ponto de partida da pesquisa e, após essa fase, o pesquisador deve debruçar-se na fase da análise, ou seja, "[...] sobre todo material coletado, articulando esse material aos propósitos da pesquisa e a sua fundamentação teórica. [...]". (GOMES,2011. p.81). Sobre o tema, Ferreira (2002, p.259) complementa que se trata do:

[...] desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de Mestrado, teses de Doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e seminários. Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que se pretende investigar [...].

Cumprido o momento inicial de levantamento do material pesquisado, a próxima etapa trata da leitura flutuante dos resumos dos estudos levantados na busca bibliográfica, para seleção e análise dos estudos pertinentes à pesquisa. Segundo Lima e Miotto (2007) essa etapa é composta, dentre outras etapas, por:

[...] Leitura seletiva – procura determinar o material que de fato interessa, relacionando-o diretamente aos objetivos da pesquisa. Momento de seleção das informações e/ou dados pertinentes e relevantes, quando são identificadas e descartadas as informações e/ou dados secundários. [...] Leitura reflexiva ou crítica – estudo crítico do material orientado por critérios determinados a partir do ponto de vista do autor da obra, tendo como finalidade ordenar e sumarizar as informações ali contidas. É realizada nos textos escolhidos como definitivos e busca responder aos objetivos da pesquisa. Momento de compreensão das afirmações do autor e do porquê dessas afirmações. [...] Leitura interpretativa – é o momento mais complexo e tem por objetivo relacionar as ideias expressas na obra com o problema para o qual se busca resposta. Implica na interpretação das ideias do autor, acompanhada de uma interrelação destas com o propósito do pesquisador. Requer um exercício de associação de ideias, transferência de situações, comparação de propósitos, liberdade de pensar e capacidade de criar. (LIMA; MIOTTO, 2007, p. 41)

A seguir, cumprida a etapa de seleção, o pesquisador deve se debruçar na leitura dos textos completos, com a finalidade de analisar e classificar os estudos de acordo com as categorias que os aproximam, com a finalidade de criar eixos temáticos que facilite sua análise e levantamento dos resultados, assim com explicita Romanowski e Ens (2006, p. 39):

Esses trabalhos não se restringem a identificar a produção, mas analisá-la, categorizá-la e revelar os múltiplos enfoques e perspectivas. Segundo Soares (2000, p. 04), num estado da arte é necessário considerar ‘categorias que identifiquem, em cada texto, e no conjunto deles as facetas sobre as quais o fenômeno vem sendo analisado’.

As pesquisas denominadas “Estado da Arte”, oferecem, portanto, os aportes necessários para a investigação acerca do que se pretende aprofundar o conhecimento e, a partir dos resultados, propor questões que venham a contribuir com estudos futuros. A esse respeito Lima e Miotto (2007, p. 44) concluem que:

Finalizando, reafirma-se a pesquisa bibliográfica como um procedimento metodológico importante na produção do conhecimento científico capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas.

No presente trabalho, foram realizados, portanto, o levantamento e a revisão da produção acadêmica sobre acesso e regulação em saúde, verificando nestes estudos quais eram os objetivos e resultados; como os autores trataram acesso, acesso tardio e regulação. Desta forma, a metodologia de pesquisa utilizada foi baseada na investigação de fontes secundárias, através de consulta às bases bibliográficas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), explorando a produção acadêmica sobre os temas que abordam o câncer do colo do útero e acesso.

Especificamente, foram utilizados como descritores/palavras chaves: câncer ginecológico avançado, câncer do colo do útero, acesso, regulação em saúde/da assistência e necessidades de saúde, no Brasil.

Nessa perspectiva, a pesquisa se voltou para a produção acadêmica disponível nas bases bibliográficas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), sendo selecionados os estudos compreendidos no período de 2008 a 2019. Esse período foi definido devido ao marco regulatório da Regulação em saúde, a partir de 2008, em acordo com a PNR, conforme descrito no capítulo anterior.

Sendo assim, a coleta se deu a partir das bases bibliográficas mencionadas, a fim de identificar a produção acadêmica relacionada com o objeto, tais como teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, base de dados e demais itens que estivessem disponíveis nestas duas bases bibliográficas. Ressalta-se, ainda, que os critérios utilizados foram os dos descritores/palavras-chaves mencionados, além de considerar apenas a produção em língua portuguesa e aqueles cujo texto completo estivesse disponível online, compreendidos no período entre 2008-2019.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo geral identificar e analisar as determinações e os condicionantes, que sejam passíveis de serem verificados pelo que é apontado na produção acadêmica nacional, e que corroboram para o acesso tardio das usuárias acometidas pelo CCU aos serviços de saúde, desde a saúde básica até a alta complexidade em Ginecologia Oncológica, bem como os limites, possibilidades e desafios no enfrentamento da questão. É considerada, também, a verificação sobre as mudanças operadas em termos do acesso, pelo

Sistema Único de Saúde, no período de 2008 a 2019, a fim de observar se está presente, e como, a discussão sobre a regulação da saúde/assistência e como esta impactou no acesso ao diagnóstico e tratamento oncológico.

Partindo dessa observação, o estudo procurou conhecer, a partir do levantamento e revisão da produção acadêmica, os principais entraves e seus determinantes e condicionantes, que foram enfrentados pelas usuárias portadoras de CCU no acesso e encaminhamento aos serviços de Ginecologia, fazendo com que muitas cheguem à Alta Complexidade com diagnóstico de doença avançada.

Partindo dessa premissa, pretende-se verificar as possíveis mudanças operadas na regulação do acesso ao atendimento no âmbito do SUS e as possíveis alterações experimentadas no que se refere à atenção ao CCU. Desta forma, a proposta de pesquisa foi a de contribuir com os resultados identificados, proporcionando a reflexão e conhecimento que possam sugerir elementos para a possível construção de alternativas e estratégias que oportunizem melhorias no acesso, de forma universal e equânime e no cuidado integral no tratamento das usuárias.

Conforme descrito acima, a etapa de pesquisa bibliográfica nas bases BVS – Portal BVS e BVS Brasil - e SciELO, foi realizada nos meses de junho e julho de 2019, totalizando 50 (cinquenta) artigos; sendo 18 (dezoito) estudos identificados nas respectivas bases da BVS – Portal BVS e BVS Brasil e 32 (trinta e dois) na SciELO. A seguir são apresentados detalhadamente os resultados referentes a etapa de seleção e classificação dos estudos pertinentes à pesquisa.

Na Base de dados da BVS, ao total, foram identificados dezoito (18) estudos, sendo dez (10) artigos no Portal Regional da BVS e oito (8) na BVS Brasil, tendo sido utilizado o filtro prevenção e controle. Para busca, foi utilizada a seguinte estratégia: câncer ginecológico avançado or câncer do colo de útero or regulação da assistência or necessidades de saúde or determinação social and Brasil.

Sobre a busca descrita acima, no Portal Regional da BVS foram encontrados 10 (dez) resultados, sendo 6 (seis) pertinentes ao estudo e 4 (quatro) excluídos por não haver relação com a pesquisa.¹⁵

¹⁵ Na pesquisa realizada no Portal Regional da BVS, 4 (quatro) estudos foram excluídos por não apresentarem relação com a pesquisa, sendo que um tratava de abordagem referente a adolescentes, ou seja, fora faixa etária prevista para rastreamento do CCU; outro deles era restrito à abordagem farmacêutica; um terceiro abordava o tratamento específico de quimioterapia antineoplásica e o quarto era artigo internacional, realizado em Cuba.

Na BVS Brasil foram encontrados oito resultados, sendo 3 (três) pertinentes para a pesquisa e 5 (cinco) excluídos, havendo 2 (dois) comuns em ambas as bases – Portal BVS e BVS Brasil, tendo sido excluídos por esta duplicidade¹⁶. Portanto, após a seleção e classificação dos resultados encontrados nas duas fontes da BVS – Portal BVS e BVS Brasil – e, em acordo com a presente pesquisa, foram selecionados, ao todo, 7 (sete) estudos.

Na SciELO foram identificados trinta e dois (32) estudos, utilizando a mesma estratégia de busca: câncer ginecológico avançado or câncer do colo de útero or regulação da assistência or necessidades de saúde or determinação social and brasil. Desta forma, tendo sido aplicados os critérios para seleção e classificação dos resultados de busca, foram selecionados 9 (nove) estudos pertinentes a pesquisa, porém foram excluídos 2 (dois) desses estudos por estarem em duplicidade. Sendo assim, a seleção foi fechada com 7 (sete) estudos¹⁷.

Na presente revisão bibliográfica, foram analisados, portanto, 14 (quatorze) estudos, sendo assim caracterizados: 1 (uma) tese de doutorado; 1 (uma) dissertação de mestrado; 1 (um) trabalho de conclusão de curso de especialização e 11 (onze) artigos, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A seguir, no quadro 1, é apresentada discriminação geral das produções acadêmicas analisadas na pesquisa, após sua seleção.

Para a organização das informações contidas nos estudos, inicialmente foi realizada a leitura flutuante dos resumos dos trabalhos, identificando o objeto, objetivos do estudo e resultados. Posteriormente, após o levantamento e escolha dos artigos, foi realizada a leitura dos textos completos.

¹⁶ Na pesquisa realizada na BVS Brasil foram excluídos cinco (5) artigos, pois não apresentavam relação com a pesquisa, sendo porque: 3 (três) tratavam sobre quimioterapia antineoplásica, estando também em duplicidade; 1 (um) tratava da abordagem farmacêutica (já havia sido encontrado no Portal BVS); e o quinto por não apresentar texto completo, somente o resumo.

¹⁷ Entre os estudos listados na pesquisa na SciELO, vinte e três (23) foram excluídos, pois não correspondiam ao objeto da presente pesquisa, conforme listados a seguir: dois (2) tratavam do câncer colorretal; dois (2) estudos estavam atrelados a doenças sexualmente transmissíveis – HIV e HPV em adolescentes; oito (8) estavam fora do período cronológico determinado na pesquisa, desses, três (3) estavam em duplicidade; onze (11) estudos eram internacionais, havendo dois (2) em duplicidade. Sendo assim, totalizam os 23 estudos excluídos: 2 (CA colorretal), 2 (HIV e HPV), 8 (fora do período estabelecido para a pesquisa) e 11 (internacionais).

Quadro 1 – Produção acadêmica selecionada para estudo, segundo autoria, título, fonte e base bibliográfica: BVS e SciELO, 2009-2019.

Autor	Ano	Título	Fonte	Base
Américo; Freitas; Dias et al	2009	Mulheres que realizam exame de Papanicolau em Fortaleza: caracterização social e sexual	Revista Brasileira de Enfermagem Online	BVS
Fonseca; Ferreira; Dalla-Benetta et al.	2010	Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS.	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	SciELO
Gasperin; Boing; Kupek.	2011	Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional.	Cad. Saúde Pública	SciELO
Girianelli; Thuler; Silva	2014	Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	SciELO
Amorim; Barros.	2014	Equidade no acesso ao exame de Papanicolau: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil.	Rev. bras. Epidemiologia	SciELO
Michelin; Marchi; Hyeda et al.	2015	Percepção das mulheres sobre promoção da saúde durante a consulta de enfermagem.	Cienc. Cuid. Saúde	BVS
Toriy; Pires; Zomkowsky et al.	2015	Processo de recuperação físico-emocional no pós-câncer ginecológico.	Cad. Ter. Ocupacional	BVS
Manica; Drachler; Teixeira et al	2016	Desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero.	Rev. Gaúcha Enfermagem	SciELO
Hernández.	2016	Melhoria da detecção e prevenção do câncer de colo de útero e de mama na ESF José Palmeiro Sobrinho, São Raimundo Nonato- PI.	Pelotas: UFPel	BVS
Barcelos; Lima; Tomasi et al	2017	Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ.	Revista de Saúde Pública.	SciELO
Batista; Caldas	2017	Fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico.	Rev. enfermagem	BVS
Gomes	2017	Tensões e potências no cuidado a mulheres acometidas por câncer de colo de útero: um estudo etnográfico	IMS/UERJ.	BVS
Oliveira	2018	Tendo que se submeter ao exame Papanicolau regularmente: uma ótica sobre o processo de desmedicalização.	Fac. Enfermagem/UERJ	BVS
Santos; Castaneda; Aguiar et al	2019	Qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer do colo do útero.	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.	SciELO

Fonte: Elaboração própria a partir de levantamento em BVS e SciELO, junho/julho de 2019.

Em relação ao período de publicação dos artigos, foi identificado que entre os anos de 2009 e 2019, ocorreu uma média de um estudo publicado anualmente, havendo uma lacuna nos anos de 2012 e 2013, ou seja, não foi identificada produção nestes anos. No período entre 2014 a 2017 observou-se uma maior produção em

relação a este tema, havendo duas publicações em 2014; duas em 2015; duas em 2016 e três em 2017.

Sobre a pesquisa, um fator observado nos estudos foi com relação com a natureza e metodologia das pesquisas. Em sua maioria (9), trata-se de estudos de natureza quantitativa, denominados de estudos transversais¹⁸, utilizando como fonte para as pesquisas dados coletados em consultas realizadas; questionários estruturados e em fontes secundárias, como prontuários e fontes de dados oficiais como IBGE, INCA entre outras, de âmbito estadual ou municipal. Nesse sentido, os estudos identificados, quanto a metodologia, foram: 9 (nove) com abordagem quantitativa; 2 (dois) de natureza qualitativa, 1 (um) estudo etnográfico; 1 (um) de revisão/ estado da arte; e 1 (um) com abordagem mista (quanti/qualitativo)

Outo fator observado foi com relação a formação dos pesquisadores. A categoria profissional da Enfermagem foi quem mais desenvolveu estudos relacionados ao tema, totalizando 5 (cinco) artigos. Quanto as demais categorias, além de 4 (quatro) de natureza multiprofissional e de 3 (três) desenvolvidos por profissionais vinculados a Saúde Pública e Saúde Coletiva, os outros 2 (dois) foram realizados, respectivamente, pelas áreas médica e de Psicologia.

Quanto a localização das produções acadêmicas observou-se uma maior concentração no Sudeste do Brasil, totalizando 5 (cinco) estudos realizados no Rio de Janeiro e 2 (dois) em São Paulo. Quanto aos demais estudos, três foram realizados na região Sul, sendo 2 (dois) em Santa Catarina (SC) e 1 (um) no Rio Grande do Sul (RS); 1 (um) na região Norte, em Roraima (RR), 2 (dois) na região Nordeste, sendo 1 (um) no Piauí (PI) e outro no Ceará (CE) e 1 (um) abrangendo as cinco regiões brasileiras.

É importante ressaltar que, nas bases pesquisadas, todos os estudos identificados abordaram o CCU como um problema de Saúde Pública, devido a sua

¹⁸ “[...] cabe explicitar que os estudos transversais constituem uma subcategoria dos estudos observacionais. Em se tratando da forma como os dados são coletados no tempo, os delineamentos podem ser concebidos de duas formas. Uma delas é denominada longitudinal, isto é, nestas investigações há clareza de como as informações coletadas dispõem-se de maneira cronológica. No outro caso, a coleta de dados pode envolver um recorte único no tempo. Trabalhos deste último tipo coletam dados sobre a exposição e o desfecho simultaneamente e, portanto, dificultam o conhecimento da relação temporal existente entre eles. Dessa forma, o critério mais importante para determinar se o fator ‘a’ é causa do fator ‘b’ parte de premissa de que ‘a’ tenha antecedido ‘b’. Assim, investigações com recorte único no tempo possuem menor capacidade para estabelecer relações de causa e efeito. Tais estudos são normalmente chamados de transversais, corte, seccional, corte-transversal, pontual ou de prevalência.” (BASTOS; DUQUIA, 2007, p.229)

magnitude, no que se refere a incidência e prevalência. Também situam o CCU como um problema de saúde mundial, dado o índice de morbimortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento. Enfatizam, ainda, a importância da prevenção e detecção precoce.

Quanto a classificação por tema/área de interesse, baseando-se nos descritores e objetivos de cada estudo, foram identificados estudos em comum no que se referem a:

- a) Rastreamento do CCU: Gasperin, Boing e Kupec (2011); Girianelli et al. (2014); Amorim e Barros (2014); Batista, Caldas (2017); Fonseca et al. (2010) e Barcelos et al. (2017);
- b) Saúde da família: Hernandez (2016); Michelan et al. (2015); Barcelos et al. (2017) e Gomes (2017);
- c) Qualidade de vida: Santos et al. (2019); Toriy et al. (2015) e Girianelli et al. (2014);
- d) Perfil socioeconômico e desigualdades sociais: Gasperin, Boing e Kupec (2011); Fonseca (2010); Barcelos et al. (2017); Manica et al. (2016); Girianelli et al. (2014); Batista e Caldas (2017); Amorim e Barros (2014); Michelan et al. (2015); Oliveira (2018) e Gomes (2017);
- e) Necessidades de saúde, Educação em saúde, promoção a saúde, universalidade, equidade: Batista e Caldas (2017); Michelan et al. (2015); Fonseca et al. (2010); Amorim e Barros (2014); Manica et al. (2016); Oliveira (2018); Amorim e Barros (2014); Américo et al. (2009); Girianelli et al. (2014); e Gomes (2017);
- f) Atividades cotidianas: Gomes (2017) e Toriy et al. (2015);
- g) Rede privada/Planos de saúde: Gasperin, Boing e Kupec (2011); Manica et al. (2016) e Amorim e Barros (2014);
- h) Não abordam acesso: Santos et al. (2019); Girianelli et al. (2014); e Toriy et al. (2015);
- i) Citam além do CCU outros CA: Batista e Caldas (2017) e Toriy et al. (2015);
- j) Determinação Social/ Determinantes sociais: Gomes (2017) e Oliveira (2018);
- k) Doença avançada: Fonseca et al. (2010); Toriy et al. (2015) e Gomes (2017);
- l) Acesso segundo Donabedian: Barcelos et al. (2017) e Batista e Caldas (2017).

Diante do exposto, partindo da classificação em áreas de interesse/eixos temáticos, no tópico seguinte, é apresentada a análise acerca do material estudado e

objeto da revisão bibliográfica, considerando as categorias que os aproximam ou os diferem.

3.2 A produção acadêmica identificada: concepções e objetivos

Consideramos, inicialmente, a categoria acesso, apresentada no capítulo anterior, a partir da teoria de Andersen (1973), que concebe o acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde, ligados à organização dos serviços de saúde no que se refere à porta de entrada e a continuidade do tratamento em todos os níveis de complexidade. Isto posto, de acordo com a hierarquização do cuidado em saúde estabelecido pelo SUS, foi possível verificar que 9 (nove) estudos abordaram a categoria acesso nessa mesma concepção, como classificados a seguir:

- a) Seis (6) explicitam o acesso pelo viés da Atenção Básica como porta de entrada – Hernandez (2016); Michelan et al. (2015); Américo et al. (2009); Barcelos et al. (2017); Fonseca, Ferreira, Dalla-Benetta et al. (2010) e Gomes (2017) – considerando como o meio para garantia da realização do exame preventivo Papanicolaou e para detecção precoce do CCU dentre outras doenças ginecológicas;
- b) Três (3) estudos – Gasperin, Boing e Kupec (2011); Manica et al. (2016) e Amorim e Barros (2014) – abordaram a adesão ao exame Papanicolaou, porém considerando além do acesso ao SUS, o acesso à Rede Privada. Numa outra abordagem, quanto à categoria acesso, dois (2) estudos – Barcelos (2017) e Santos et al. (2019) – citam Donabedian (1988) para conceituar acesso, partindo do princípio do acesso/acessibilidade aos serviços de saúde.
- c) Três (3) estudos – Santos et al. (2019); Girianelli et al. (2014) e Toriy et al. (2015); apesar de tratarem de unidades públicas de saúde, não abordam a categoria acesso, porém tratam da qualidade de vida das usuárias em tratamento de CCU, ou seja, que já acessaram a alta complexidade em oncologia ginecológica.
- d) Ainda sobre acesso, dez (10) estudos – Fonseca et al. (2010); Barcelos et al. (2017); Manica et al. (2016); Amorim e Barros (2014); Girianelli et al. (2014); Batista e Caldas (2017); Oliveira (2018); Gasperin, Boing e Kupec (2011); Michelan, Marchi, Hyeda et al. (2015) e Gomes (2017) –

abordaram o quanto as desigualdades se apresentam como barreiras para a efetivação do acesso/adesão ao exame preventivo ginecológico. Dentre essas barreiras, por exemplo, as de ordem demográfica, citamos o estudo de Fonseca e colaboradores (2010), por se tratar de um estudo realizado na região Norte, no estado de Roraima. Destaca-se ainda as barreiras socioeconômicas, que incluem renda, atividade laborativa, cor e escolaridade e as barreiras culturais/emocionais, tais como pudor, preconceito e etnia.

Sendo assim, os referidos estudos enfatizam o quanto essas desigualdades podem vir a comprometer o prognóstico e as taxas de incidência e morbimortalidade por CCU, conforme já abordado no primeiro capítulo desta dissertação, no que diz respeito a classificação como o mais prevalente dentre os demais CA ginecológicos e caracterizando essa como uma doença de cunho social, o que se especifica em países em desenvolvimento.

Em relação a esta questão, que se relaciona diretamente à determinação social do processo saúde-doença, como já exposto, Barcelos e colaboradores. (2017) referiram em seu estudo que as usuárias que apresentam dificuldades socioeconômicas tendem a apresentar menor acesso ao exame Papanicolaou, contribuindo negativamente com as taxas de incidência e mortalidade e, assim, comprometendo o prognóstico, conforme pode ser citado:

Apesar das contribuições da atenção básica na expansão da cobertura e oferta do rastreamento e controle do câncer de colo uterino no Brasil, diversos estudos observam menores coberturas entre as mulheres com maior vulnerabilidade social, principalmente nas regiões mais pobres do país. As iniquidades sociais observadas sugerem a necessidade de melhor conhecimento das razões subjacentes às altas taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero frente à oferta e à cobertura elevadas de um procedimento para diagnóstico precoce potencialmente efetivo. (BARCELOS et. al., 2017, p. 2).

Os estudos de Gasperin, Boing e Kupec (2011); Manica e colaboradores (2016) e Amorim e Barros (2014) relatam que o fato de usuárias apresentarem melhores condições socioeconômicas, tais como inserção no mundo do trabalho; inclusão em programas sociais; relações conjugais estáveis e maiores níveis de escolarização representaram maior acesso e adesão ao exame Papanicolaou, ao passo que variáveis como etnia/cor da pele, ausência de parceiro e baixa escolaridade foram variáveis verificadas como questões que comprometeram a adesão das usuárias, no que se refere ao atraso e/ou a não realização do exame.

Partindo desses dados, é possível traçar o perfil das usuárias que realizam o exame preventivo, baseando-se nos estudos de Batista e Caldas (2017); Gasperin, Boing e Kupec (2011); Fonseca e colaboradores (2010); Manica e colaboradores (2016); Amorim e Barros (2014); Barcelos e colaboradores (2017); Américo e colaboradores (2009). Esses estudos descrevem que mulheres com renda proveniente de vínculos de trabalho e/ou de inserção em programas sociais, como, por exemplo, o Programa Bolsa Família; com relações conjugais estáveis; de cor branca; na faixa etária média entre 30 a 59 anos e que referiram maiores níveis de escolaridade apresentaram melhor adesão ao exame. Em contrapartida, relatam que as mulheres sem fonte de renda; solteiras, viúvas ou sem companheiro; mulheres mais jovens; de cor parda e com baixa escolaridade apresentaram menor adesão, referindo exames atrasados ou nunca antes realizados. Há de se destacar, ainda, que as mulheres idosas, considerando a idade e o fato de não possuírem mais relações sexuais não realizavam o exame Papanicolaou, como o descreve especificamente, por exemplo, o estudo de Batista e Caldas (2017).

Outro fator observado, quanto ao acesso e adesão, foi em relação à realização do exame na rede privada. No estudo de Manica e colaboradores (2016), realizado na Região Sul do Brasil, foi verificado que muitas usuárias acessaram o exame através do Sistema privado de saúde. Outros dois estudos – Gasperin, Boing e Kupec (2011) e Amorim e Barros (2014) –, realizados nas regiões Sul e Sudeste (SC e em Campinas/SP, respectivamente), corroboraram com a observação sobre a dimensão socioeconômica no que se refere ao acesso. Isto é, a maior adesão e a realização do exame para diagnóstico do CCU estão atreladas ao fato das usuárias terem acessado a rede privada, por possuírem planos de saúde ou terem custeado o exame.

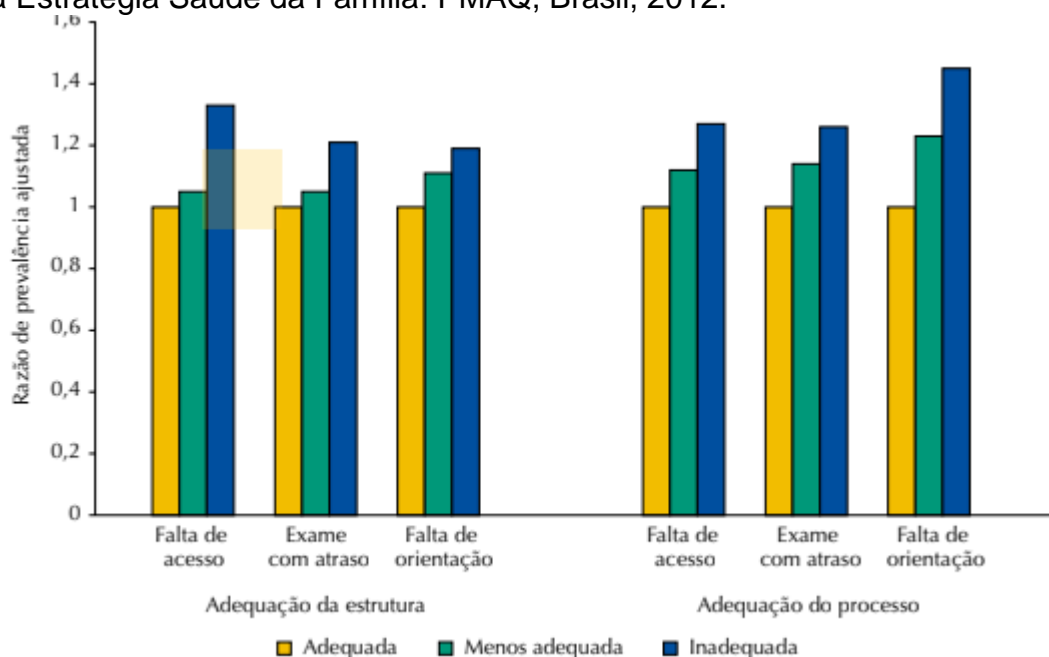
Sobre as barreiras institucionais, os estudos de Hernandez (2016); Girianelli e colaboradores (2014); Gasperin, Boing e Kupec (2011); Batista e Caldas (2017); Oliveira (2018); Fonseca e colaboradores (2010); Barcelos e colaboradores (2017) e de Gomes (2017), referem que entre as barreiras institucionais, as mais recorrentes são a dificuldade no agendamento dos exames e a demora dos resultados. Outro fator identificado, que colabora para não adesão, seria o fato da comunicação em saúde por parte dos profissionais envolvidos no processo de cuidado. Os estudos de Américo e colaboradores (2009); Oliveira (2018) e Gomes (2017) enfatizam que muitos profissionais mantêm uma conduta medicalizada, baseada no modelo biomédico. Referem que muitos profissionais de saúde, em sua conduta, apenas realizam o procedimento, não valorizando a empatia e a importância do vínculo com as usuárias. Nos estudos de Girianelli e colaboradores (2014); Batista e Caldas (2017);

Michelan e colaboradores (2015) e de Girianelli e colaboradores (2014) são abordados, inclusive, relatos de usuárias que referiram desconforto e dor, como agravantes que impediam a baixa adesão ao exame ginecológico, exemplificando e ilustrando esta questão.

Sobre esse tema é importante destacar, conforme exposto no primeiro capítulo, a categoria da determinação social, que extrapola o conceito biomédico, considerando todos os determinantes e condicionantes no processo saúde-doença, valorizando a dimensão social e a questão das desigualdades para além, exclusivamente, da determinação biológica. Os estudos de Oliveira (2018) e Gomes (2017), se apropriam dessa categoria implicitamente para discorrer sobre a medicalização da saúde. Já o estudo de Michelan e colaboradores (2015) trata da questão, abordando a categoria dos determinantes sociais da saúde, no que se refere a crítica da valorização do modelo biomédico, em detrimento dos aspectos sociais para a promoção de saúde.

O gráfico 3, apresentado a seguir, elaborado pelo estudo de Barcelos e colaboradores (2017), que é resultado de pesquisa realizada nas cinco regiões do Brasil, com as usuárias de unidades básicas de saúde participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Os resultados apresentados no Gráfico 3 demonstram os motivos pelos quais as usuárias não realizaram o exame preventivo Papanicolau, apresentando a qualidade da adequação da estrutura e processo de trabalho nas unidades de Estratégia de Saúde da Família.

Gráfico 3 – Qualidade da adequação da estrutura e processo de trabalho nas unidades da Estratégia Saúde da Família: PMAQ, Brasil, 2012.



Fonte: BARCELOS; LIMA; TOMASI et al (2017).

A partir do gráfico 3, Barcelos e colaboradores (2017) apresentam os resultados que verificaram que a maioria das usuárias estudadas realizaram o exame Papanicolau em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência, onde foram entrevistadas. As demais usuárias relataram ter realizado o exame em outras UBS, em hospitais ou em serviços privados de saúde. Outro fator observado no estudo foi o número de mulheres que nunca haviam realizado o exame ou estavam em atraso há mais de três anos.

Tomando-se agora a questão da regulação em saúde, destaca-se que apenas no estudo de Gomes (2017), este tema foi abordado. A autora cita em sua tese, o atual fluxo de encaminhamento das usuárias às Unidades de Alta Complexidade, em específico no Rio de Janeiro, lócus de sua tese. Relata que o acesso ocorre via Sistema de Regulação e que antes esse fluxo ocorria por demanda espontânea, como visto no capítulo anterior desta dissertação. Ou seja, os serviços de Atenção Básica, dos níveis Secundário e Terciário da Assistência à Saúde encaminhavam os usuários direto às Unidades de Alta Complexidade. Refere que esse processo inicialmente impactou o acesso das usuárias, até a devida adaptação dos Serviços de referência e contra referência aos Sistemas de Regulação estadual (SER) e municipal (SISREG). A autora situa, ainda. Historicamente, como ocorreu o período de transição:

[...] A funcionária relatou que esteve no setor por 10 anos e que houve mudanças importantes nesse período, especialmente após a implantação do sistema de regulação (SER). Apesar de o primeiro atendimento ser nomeado pela instituição como 'recepção integrada', ela o chamava de 'triagem', como tem sido desde que iniciou a trabalhar no setor. Da mesma forma, desconhecia quais consultas compõem o fluxo de atendimento inicial. A servidora apresentou o processo de trabalho, mas adiantou que eu precisaria falar com outros funcionários do setor, que possuíam algumas informações mais atualizadas sobre o SER. Lembrou que antes da regulação encontrava, ao chegar ao setor, uma fila de pessoas na porta da instituição e nem sempre havia 'números' para todas. Os excedentes eram orientados a retornar no dia seguinte. Assim que a regulação foi implantada, era frequente chegarem pacientes que buscavam atendimento sem passar pelo sistema. Nesses casos, eram atendidas, caso houvesse falta de paciente agendada, o que contraria a lógica da regulação. A motivação para essa prática era a compaixão pela gravidade da doença e desespero das pacientes. Nos dias atuais é rara a chegada de pacientes sem regulação, mas, quando ocorre, é entregue uma folha intitulada 'Procedimento para consulta no HC II', com instruções sobre como a paciente deve proceder junto à Atenção Básica para o encaminhamento. (GOMES, 2017, p. 27-28).

Diante do exposto, podemos observar que estudos sobre acesso e Regulação em Saúde, utilizando os descritores norteadores para a pesquisa já referidos, ainda é muito incipiente. Isso pode ser atribuído à ainda recente implementação dos Sistema de Regulação em todo Brasil.

Referente aos demais CA ginecológicos, é importante ressaltar que dois estudos – Batista e Caldas (2017) e de Toriy e colaboradores (2015) –, apresentam o CCU, abordando também outros CA ginecológicos, como o de ovário, endométrio e vulva, sendo os dois últimos mais prevalentes em mulheres idosas. Ambos consideram as dimensões social e epidemiológica da doença, com relação aos perfis demográfico e socioeconômico da população pesquisada e, ainda, trazendo a comparação sobre a incidência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e a prevalência dos estudos que aprofundaram a discussão sobre o CCU.

Quanto a incidência de casos de CCU em território brasileiro, três estudos – de Fonseca e colaboradores (2010); Barcelos e colaboradores (2017) e de Batista e Caldas (2017) – enfatizam a questão do acesso e adesão numa perspectiva nacional. Em seus estudos referem que, na região Norte, a dificuldade do acesso é mais relevante, conforme podemos observar, por exemplo, a partir dos dados expostos por Fonseca e colaboradores (2010, p.387):

[...] o câncer de colo uterino é o segundo mais incidente nas regiões Nordeste (18/100.000) e Centro-Oeste (20/100.000), e o terceiro nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000). O controle do CCU ainda é um desafio para a região Norte do Brasil. Com uma estimativa de 23 casos novos por 100 mil mulheres, a região Norte é a única do Brasil onde o câncer de colo uterino supera o câncer de mama, assumindo a liderança dos cânceres femininos.

Esses resultados vão ao encontro do que foi abordado com relação ao acesso, no que diz respeito as barreiras demográficas, étnicas e socioeconômicas e como esses fatores interferem no perfil epidemiológico com relação às taxas de incidência, caracterizando os entraves para o acesso equânime e universal. Observa-se que nas regiões com a maior oferta de atendimento à saúde, como Sul e Sudeste, o acesso é mais equânime, tais como os estudos de Gasperin, Boing e Kupec (2011), Manica e colaboradores (2016) e de Amorim e Barros (2014) exemplificam, no que se refere ao acesso, incluindo a rede privada e planos de saúde.

É de suma relevância destacar que os estudos classificados que tratam das necessidades em saúde, abordam os princípios tratados anteriormente, no segundo capítulo desta dissertação, no que tange a promoção da saúde; à educação em saúde; à equidade e à universalidade. Entre os estudos revisados, Michelan e colaboradores (2015), Gasperin, Boing e Kupec (2011), Batista e Caldas (2017); e de Manica e colaboradores (2016) abordam, explicitamente, o princípio da universalidade como premissa fundamental, no que se refere ao acesso, prevenção e ao diagnóstico

precoce do CCU, conforme preconiza a legislação da Saúde. Os estudos fazem correlação como o direito universal à saúde previsto na CF/1988 e os entraves encontrados para o acesso à rede de Saúde Pública.

Partindo do pressuposto da promoção a saúde, Michelan e colaboradores (2015), por exemplo, contextualiza o conceito de universalidade, citando o Pacto pela Saúde (2006) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), já abordados anteriormente, no primeiro capítulo desta dissertação, ao tratar da integralidade do cuidado. Já no artigo de Batista e Caldas (2017), esta discussão é aprofundada, citando a Carta de Direitos do Usuários da Saúde (2006), o acesso da mulher idosa aos serviços de saúde e as principais dificuldades encontradas, agravadas pela situação socioeconômica e da rede social responsável pelos cuidados.

Apesar desses relatos, é importante destacar que 13 (treze) dos estudos selecionados – Américo e colaboradores (2009); Fonseca e colaboradores (2010); Gasperin, Boing e Kupec (2011); Amorim e Barros (2014); Michelan e colaboradores (2015) Manica e colaboradores (2016), Amorim e Barros (2014), Barcelos, Lima e Tomasi et al. (2017), Batista e Caldas (2017); Oliveira (2018), Gomes (2017) e Santos e colaboradores (2019) – abordam o atendimento as usuárias acometidas pelo CCU, tendo em perspectiva aquele realizado pelo SUS, em UBS e/ou em Unidades de níveis secundário e terciário, em todas as regiões do Brasil. Essa afirmativa demonstra que, mesmo com os entraves encontrados para o acesso, o SUS ainda é o principal serviço de saúde a oferecer os aportes necessários para prevenção, detecção e promoção à saúde, ratificando o que preconiza a CF/1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Desta forma, faz-se necessário considerar as diferenças e iniquidades apresentadas pelas usuárias, buscando promover o acesso, respeitando e valorizando a singularidade da população, principalmente em se tratando de regiões com o perfil de vulnerabilidade social acima descrito. Dessa forma, no tópico a seguir, aprofundamos a exposição sobre os entraves encontrados para o acesso em tempo hábil, a partir dos resultados encontrados na pesquisa bibliográfica.

3.3 O acesso tardio no tratamento do câncer do colo do útero e os principais resultados identificados na produção acadêmica

Partindo da leitura e análise crítica dos estudos selecionados, conforme explicitado no tópico anterior, são destacados aqui alguns dos principais resultados observados. Nos estudos de Amorim e Barros (2014), Gasperin, Boing e Kupec (2011), Batista e Caldas (2017); Oliveira (2018), Gasperin, Boing e Kupec (2011); Manica e colaboradores (2016); Fonseca e colaboradores. (2010); Amorim e Barros (2014); Michelan e colaboradores (2015); Barcelos e colaboradores (2017); Américo e colaboradores (2009) e de Gomes (2017) foram encontrados aspectos em comum, apresentados pelos autores, que interferiram na adesão das usuárias aos programas de prevenção do câncer ginecológico, em especial ao CCU. Entre os dados analisados, destacam-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, devido a dificuldades socioeconômicas e territoriais. Destacam-se, também, outros aspectos relacionados à dimensão sociocultural, tais como os preconceitos da sociedade em geral e da mulher com relação ao exame ginecológico, no que se refere ao pudor, desconforto, estigma, à presença de figura masculina na coleta do Papanicolaou e outros relativos à questão étnico-cultural. Foram também identificados aspectos relacionados à inserção no mundo do trabalho, bem como à ausência de sintomas no que se refere à realização do exame. Todos estes aspectos vão ao encontro do que foi apresentado e discutido no primeiro capítulo desta dissertação, corroborando as tendências comuns da produção acadêmico-científica sobre o tema. Mesmo com as dificuldades referidas, foi observado nos estudos que, de maneira geral, foi identificada uma boa adesão das usuárias ao exame Papanicolaou, demonstrando o entendimento quanto a importância da realização do exame. Sobre esta questão, Oliveira (2018, p.6.) refere que:

Na primeira categoria [“Reproduzindo o discurso de que o exame é importante para prevenção”], os dados mostram que as mulheres percebem o exame como uma forma de prevenir doenças em geral com a ideia de receio de agravo. Consideram o exame importante para diagnóstico precoce e prevenção de agravos e sustentam a importância da prevenção na perspectiva do diagnóstico para tratamento por convencimento. Na segunda categoria [Apesar das dificuldades, tendo que se submeter ao exame Papanicolau regularmente], as mulheres relatam os motivos que funcionam como barreiras para a realização do exame, tais como: vergonha e desconforto, falta de acesso, falta de sintomas e o impeditivo do trabalho, contudo, apesar disso, relatam realizar o exame regularmente.

Oliveira complementa esta observação, destacando uma categoria central identificada a partir da pesquisa realizada:

[...] Emergiu no trabalho uma categoria central: 'tendo que se submeter ao exame Papanicolaou regularmente', em que fica evidenciado que, apesar de todas as dificuldades, a mulher realiza o exame de Papanicolaou para prevenção. Desta forma, conclui-se que, mesmo que não seja de forma regular como preconizado pelos protocolos, a mulher se submete ao exame Papanicolaou para prevenção de doenças. Ficou evidente, pelos dados, que é necessário promover atividades que vão além de orientações e informações sobre o câncer do colo do útero e a importância deste exame. É importante criar estratégias de promoção da saúde para estimular a autonomia das mulheres e o empoderamento do próprio corpo, para, assim, propiciar maior cobertura do exame através da adesão regular das mulheres. [...] (OLIVEIRA, 2018, p.6)

Sobre a questão do estadiamento avançado do CCU, quando do acesso aos serviços, Fonseca e colaboradores (2010) observam, no estudo realizado numa unidade de Alta complexidade em Oncologia (UNACON)¹⁹ em RR, que os resultados encontrados corroboram para concluirmos que ações de promoção e educação em saúde devem ser amplamente disseminadas na Atenção Básica, por meio do fortalecimento da Estratégia de Saúde de Família (ESF), no que se refere ao acesso ao exame Papanicolaou. Desta forma, complementam, destacando que:

[...] O êxito dos programas de prevenção depende do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, que respeitem as diferenças socioeconômicas entre as mulheres e sejam focadas em eliminar as barreiras e a iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos. (FONSECA et al., 2010, p. 391)

Nesse sentido, é de suma importância que os profissionais de saúde possam valorizar as demandas apresentados pelas usuárias nos serviços de saúde, em especial as UBS, porta de entrada da Saúde Pública no país, conforme preconizado nas legislações da Saúde já citadas anteriormente. Cabe aos profissionais da Atenção Básica planejar e executar ações que visem a promoção do acesso universal, equânime e de qualidade, objetivando a prevenção e a detecção precoce, de forma mais eficiente, dos cânceres ginecológicos, em especial o CCU, dada a sua maior incidência, com o objetivo de evitar novos casos e/ou estadiamento avançados.

¹⁹ Unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Estas unidades podem ter, em sua estrutura física, a assistência radioterápica, ou, então, referenciar formalmente os pacientes que necessitarem desta modalidade terapêutica. (Cf. SBCO – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. *Diferenças entre CACON X UNACON*. Rio de Janeiro; SBCO, s.d. Disponível em: <<https://www.sbco.org.br/central-de-noticias/view/diferencas-entre-cacon-x-unacon>>. Acesso em: 01 ago. 2019).

Conforme observado nas unidades de Alta Complexidade, citadas por Fonseca e colaboradores (2010) e Gomes (2017) muitas usuárias são encaminhadas com quadro de doença avançada. Em seus estudos, ambos os autores descrevem que as usuárias relatam suas trajetórias quanto as dificuldades enfrentadas no acesso ao diagnóstico, que ocasionaram o estadiamento e encaminhamento tardio para o tratamento especializado. Também observam que, devido ao diagnóstico de doença avançada, ocorrem muitas internações que são causadas por intercorrências do quadro de adoecimento, comprometendo o bom prognóstico do tratamento e aumentando os custos para o SUS. Quanto ao estadiamento, enfatizam a prevalência de usuárias acometidas pelo CCU nos estádios II e III, indo ao encontro dos dados empíricos levantados no RCB/ HCII apresentado no primeiro capítulo desta dissertação. De fato, deve ser destacada, justamente, a questão deste acesso tardio ao tratamento, e que constituiu na questão central para a realização deste estudo aqui apresentado.

Fonseca e colaboradores (2010) apresentam dados quanto a procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados no SUS em pacientes portadoras de CCU, em 2009, no estado de Roraima. Considerando a importância destes dados, é apresentada a tabela 3, a seguir, elaborada pelos autores, sendo possível observar número de internações, tipos de tratamento e valores gastos. Incluem-se, entre os procedimentos, as conizações^[20] e histerectomias^[21], nos estadiamentos de doença precoce (IA, IB e IIA); ocorridas por intercorrências clínicas para tratamentos

²⁰ Conização: uma amostra de tecido em forma de cone é removida do colo do útero, utilizando-se bisturi (biópsia em cone) ou por procedimento eletrocirúrgico, podendo ser realizada para diagnosticar o câncer antes do tratamento com cirurgia ou radioterapia. INSTITUTO ONCOGUIA. **Cirurgia para câncer de colo do útero**. São Paulo, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cirurgia-para-cancer-de-colo-do-utero/1287/285/>>. Acesso em: 21 ago. 2019

²¹ Histerectomia Simples: remoção do útero (corpo e colo do útero), preservando estruturas próximas. A vagina e os linfonodos pélvicos não são removidas, como também ovários e trompas de Falópio são preservados a menos que haja outra razão para removê-los. INSTITUTO ONCOGUIA. **Cirurgia para câncer de colo do útero**. São Paulo, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cirurgia-para-cancer-de-colo-do-utero/1287/285/>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

paliativos^[22], nos estadiamentos “[...] IIB, III e IVA [...]” e “[...] doenças metastáticas (IVB) [...]”^[23].

Tabela 3 – Procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em pacientes portadoras de câncer do colo de útero no SUS, segundo tipo e valores: Roraima, 2009

-
- ²² Cuidados de saúde prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida. O objetivo é promover a qualidade de vida do paciente e familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações passíveis de serem tratadas, como a dor e/ou outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais e da avaliação cuidadosa. INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Cuidados Paliativos. In: **Tratamento do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, nov. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 21 ago. 2019
- ²³ O estadiamento do CCU varia entre o tumor *in situ*, quando as células cancerosas “[...] são encontradas apenas na superfície do colo do útero [...]”; I, IA, IB “[...] [em que] cresceram a partir da camada mais superficial do colo do útero [para] tecidos profundos do próprio órgão [...]”, podendo “ser vistas por microscópio”, dependendo de suas dimensões; II, IIA, IIB, quando “[...] o tumor cresceu além do colo do útero, mas não se disseminou para as paredes da pelve ou parte inferior da vagina [...]”; III, IIA, IIIB, quando “[...] se disseminou para a parte inferior da vagina ou paredes da pelve; e, pode estar bloqueando os ureteres.[...]” e IV quando “[...]se disseminou para a bexiga ou reto ou está se desenvolvendo para fora da pelve. [...]”. INSTITUTO ONCOGUIA. **Estadiamento do câncer de colo do útero**. São Paulo, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer-de-colo-do-uterio/1286/284/>>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

Procedimento médico	n	Valor (RS)	Valor total (RS)
Internações (intercorrências)	98	365,00	35.770,00
Consultas médicas	224	10,00	2.240,00
Exames de estadiamento*	54	470,00	25.380,00
Exames laboratoriais*	385	17,00	6.545,00
Exames radiológicos de seguimento*	50	150,00	7.500,00
Tratamento de lesões pré-invasoras			
Conização do colo do útero	25	927,00	23.175,00
Histerectomia tipo 1	2	2.300,00	4.600,00
Tratamento de doença precoce (IA, IB e IIA)			
Histerectomia tipo 2 e 3	12	7.313,00	87.756,00
Radioterapia adjuvante	3	3.990,00	11.970,00
Tratamento de doença localmente avançada (IIB, III e IVA)			
Quimioterapia neoadjuvante	21	7.032,00	147.672,00
Fator de crescimento de colônia de granulócitos	8	2.613,00	20.904,00
Histerectomia tipo 3	3	7.313,00	21.939,00
Histerectomia tipo 4	3	7.395,00	22.185,00
Histerectomia tipo 5	2	14.552,00	29.104,00
Exanteração pélvica	3	14.738,00	44.214,00
Laparotomia + colporrafia	1	850,00	850,00
Laparotomia + biópsia retroperitoneal	1	3.555,00	3.555,00
Quimioterapia paliativa	2	3.426,00	6.852,00
Radioterapia definitiva ou adjuvante	18	3.990,00	71.820,00
Tratamento de doença metastática (IVB)			
Quimioterapia paliativa	8	3.426,00	27.408,00
Laparotomia + colostomia em alça	1	1.265,00	1.265,00
Laparotomia + ligadura art. ilíacas	1	637,00	637,00
Hemotransfusões (bolsas)	45	150,00	6.750,00
Hemodálises (sessões)	48	141,00	6.768,00
Procedimentos urológicos			
Instalação cateter duplo J	8	1.537,00	12.296,00
Nefrostomia cirúrgica	10	1.089,00	10.890,00
Total			609.782

Fonte: FONSECA; FERREIRA; DALLA-BENETTA et. al., 2010, p.390.

Os dados apresentados expressam, no que se refere a adesão e ao acesso das usuárias ao exame preventivo do colo do útero em tempo hábil, o quanto o diagnóstico tardio compromete o tratamento, implicando em seu bom prognóstico. Nesse sentido, foi observado na pesquisa realizada para o presente estudo, que os estudos de Girianelli e colaboradores (2014) Batista e Caldas (2017); Michelan e colaboradores (2015), Oliveira (2018), Américo e colaboradores (2009) e de Gomes (2017) apontam para a necessidade de se adotar a prática de um atendimento mais humanizado por parte dos profissionais de saúde, que extrapole o modelo biomédico; além de propor ações que visem a promoção a saúde e a detecção precoce, exercendo uma escuta ativa e a valorização das desigualdades.

Sobre esta questão, é importante retomar aqui as necessidades de saúde, a partir das seguintes observações de Stotz (2004, p. 290), quando assim se refere:

A medicalização das necessidades de saúde constitui outro problema bastante comum, especialmente quando se considera que, em decorrência do aumento do desemprego, da miséria social e da violência, os profissionais de saúde devem atender uma demanda muito grande expressa sob a forma de um sofrimento difuso que inclui sinais como dores musculares, insônia, angústia e dores de cabeça.

A esse respeito, Gomes (2017) observa que devem ocorrer ações que modifiquem a abordagem dos profissionais de saúde, que mantém uma postura voltada para a medicalização, ou seja, imbuídas de rotinas e procedimentos que, muitas vezes, podem implicar na adesão das usuárias ao exame ginecológico de rotina. Em sua pesquisa, a autora entrevistou mulheres que relataram desconforto, vergonha e/ou incômodo ao serem examinadas e destacou como estes sentimentos implicam na adesão das usuárias ao exame ginecológico.

Para isso, a escuta e observação dos profissionais de saúde tornam-se imprescindíveis nas abordagens da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e nos Centros de Saúde. Dessa forma, esta questão vai ao encontro do que foi abordado no segundo capítulo do presente estudo que, de acordo com Cecílio (2006), apresenta o conceito de necessidades de saúde, a partir de Stotz (1991), e a valorização da demanda dos usuários, para desenvolvermos, enquanto profissionais de saúde, ações de promoção e cuidado integral.

[...] Está tudo ali, na 'cestinha de necessidades', precisando ser, de alguma forma, escutado, traduzido, pela equipe. Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. [...]. (CECÍLIO, 2006, p. 120)

Os estudos de Santos e colaboradores (2019), Toriy e colaboradores (2015) e de Gasperin, Boing e Kupec (2011) abordam a qualidade de vida das usuárias no seguimento do tratamento do CCU. Referem em seus estudos os enfrentamentos vivenciados pelas usuárias, durante o tratamento na alta complexidade, e o quanto o sofrimento físico pode interferir nos aspectos sociais e emocionais. O estudo de Toriy e colaboradores (2015) enfatiza que os sintomas apresentados, decorrentes da

Radioterapia²⁴ e da Braquiterapia²⁵, no tratamento de CCU, influenciam no humor e na disposição para realização das atividades cotidianas como trabalho e/ou atividades domésticas, por exemplo. Desta forma as autoras enfatizam a importância da escuta e da educação em saúde para o melhor enfrentamento das usuárias frente ao adoecimento por CCU.

Sobre Regulação em Saúde somente Gomes (2017) abordou a questão. Portanto não foi possível verificar se a regulação se apresenta como um entrave para o acesso à Alta Complexidade. O que se observou, a partir da pesquisa bibliográfica, é que o acesso a Atenção Básica como porta de entrada do SUS, como preconizado na legislação, é um importante e fundamental requisito a ser enfrentado e que não pode se constituir em entraves pelas usuárias para prevenção e diagnóstico em tempo hábil; agravado por todos os determinantes e condicionantes ora apresentados nesse estudo, e fundamentado através das pesquisas e leituras realizadas.

Sendo assim, faz-se necessário implementar ações de promoção à saúde, conforme já visto, com o intuito de promover o acesso em tempo hábil, de forma a minimizar o agravamento do quadro de saúde das usuárias acometidas pelo CCU. Por intermédio dessas ações, corroborando com o que também observa Stotz (2004), poderemos refletir, enquanto profissionais de saúde, ao tomarmos a atenção primária da saúde como proposta para repensar o modo como o sistema de saúde está atualmente organizado e pensarmos na possibilidade de que outras formas de organização do atendimento sejam desenvolvidas.

²⁴ Quando a radioterapia é usada como tratamento principal para o câncer de colo do útero, a radioterapia de feixes externos é geralmente combinada com quimioterapia (quimiorradiação). Muitas vezes, a radioterapia é frequentemente administrada junto com baixas doses do quimioterápico cisplatina. Os tratamentos são administrados 5 dias por semana durante 6 a 7 semanas. A quimioterapia é administrada em horários programados durante a radioterapia. O esquema é determinado pelo medicamento utilizado. INSTITUTO ONCOGUIA. **Radioterapia para câncer de colo do útero**. São Paulo, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/radioterapia-para-cancer-de-colo-do-utero/1288/285/>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

²⁵ A braquiterapia é um tipo de radioterapia interna na qual um material radioativo é inserido dentro ou próximo ao órgão a ser tratado. Para isso são utilizadas fontes radioativas específicas, pequenas e de diferentes formas por meio de guias denominadas cateteres ou sondas. INSTITUTO ONCOGUIA. **Radioterapia para câncer de colo do útero**. São Paulo, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/radioterapia-para-cancer-de-colo-do-utero/1288/285/>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo o presente estudo, relembra-se que o seu principal objetivo foi o de investigar a questão do acesso e os entraves enfrentados pelas usuárias acometidas pelo CCU desde a porta de entrada, na saúde básica até a alta complexidade, tendo como metodologia a estudo teórico-bibliográfico pautado numa pesquisa do “Estado da Arte”. Reconhecendo na experiência junto a instituição de alta complexidade, pela inserção profissional da autora, que o acesso se dá tardiamente, representando obstáculos enfrentados pelas usuárias para garantia do diagnóstico e tratamento em tempo hábil, tratou-se de levantar e revisar, na produção acadêmico-científica, suas razões e como este processo se dá.

Abordando amplamente a questão do câncer no mundo e, especialmente no Brasil, o estudo permitiu a análise do problema do câncer como questão de Saúde Pública e seus rebatimentos, integrando o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em suas diferentes determinações, especialmente expressas em questões de ordem socioeconômica, tais como a industrialização, o capitalismo e a pobreza, que também acirraram o adoecimento da população no decorrer dos anos.

Numa perspectiva mais aprofundada, com relação ao câncer feminino, foi possível perceber o aumento das DCNT entre as mulheres, estando o CCU entre as neoplasias malignas com maior prevalência, em nível mundial, e, especificamente, nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Desta forma, observa-se que as mulheres das camadas mais empobrecidas têm maior risco de contrair o CCU, principalmente nas regiões com maior escassez de recursos, dentre outros aspectos, com relação à Política de Saúde. Sendo assim, no Brasil, por intermédio de pesquisas e, inclusive, com os dados apresentados a partir de diferentes ilustrações, foi observado que a maior incidência de casos novos de CCU é identificada nas regiões Norte e Centro-Oeste, estando como o segundo diagnóstico de câncer feminino mais prevalente; ao passo que no Sudeste e Sul, está entre o quarto mais prevalente. Tudo isso expressa as desigualdades experimentadas no cotidiano da população e que puderam ser melhor analisadas utilizando a determinação do processo saúde-doença como categoria de referência.

Sobre esta questão, pudemos também aprofundar a discussão acerca do acesso, seus entraves e o quanto isso implica para o bom prognóstico do tratamento. Baseado na teoria de Andersen, que entende acesso a partir dos níveis de atenção e

complexidade, também foi possível estabelecer reflexões acerca das desigualdades e dificuldades enfrentadas pelas usuárias acometidas pelo CCU e, com base na determinação do processo saúde-doença, compreender como esse fenômeno ocorre. Isto posto, cabe reafirmar que, atreladas ao adoecimento, existem outras dimensões, tais como aquelas relacionadas à determinação socioeconômica, já mencionada e, não somente a doença em si, biologicamente expressa, como considerado pelo modelo biomédico.

Ainda, no desenvolvimento da pesquisa, por intermédio das leituras dos estudos analisados na revisão teórico-bibliográfica, foi possível verificar, como já citado, que as usuárias se deparam desde a Rede Básica de saúde, com múltiplos obstáculos que corroboram para a não adesão ao exame Papanicolaou. Dentre esses obstáculos, os estudos referiram que as usuárias apresentaram questões também de ordem sociocultural expressas pelo pudor, desconforto, estigma e outros relativos à questão étnico-cultural, destacando-se assim esta dimensão na determinação do processo saúde-doença. Se somam, ainda, o desconhecimento quanto a indicação e importância do exame; a demora para a detecção e diagnóstico do CCU, quando do acesso ao sistema de saúde, às desigualdades socioeconômicas e demográficas; entre outras, que foram as dimensões recorrentes abordados nos estudos identificados e revisados.

A porta de entrada na Atenção Básica se soma às diferentes dimensões de natureza socioeconômica e cultural para que o acesso ao diagnóstico e tratamento do CCU se dê tardiamente. Neste sentido, abordar a questão, também a partir da categoria das necessidades de saúde permitiu aportes para se apropriar da discussão, avançando na reflexão acerca da importância da valorização das demandas apresentadas pelas usuárias e o quanto a escuta ativa dos profissionais de saúde é necessária. Nesse sentido, observou-se, mais uma vez, que uma prática profissional que priorize ações de promoção e de educação em saúde tem como premissa a garantia da integralidade do cuidado.

A partir dessa observação, foi possível verificar que a valorização de uma abordagem humanizada por parte das equipes de saúde, principalmente em se tratando da saúde básica, porta de entrada do SUS, deve ter como finalidade oferecer um atendimento que respeite as desigualdades, buscando a valorização da escuta e do atendimento das demandas. Partindo dessas ações e levando em consideração as determinações do processo saúde-doença, é fundamental extrapolar o modelo

biomédico que reduz o indivíduo a uma conduta medicalizada, a fim de exercitar um olhar que priorize oferecer o cuidado integral, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988 e demais legislações em saúde, também abordadas nesse trabalho.

Ainda no que tange ao acesso, o estudo possibilitou desenvolver uma análise a respeito dos entraves, sendo verificado que mesmo com a implementação da Regulação da Saúde no Brasil, a partir de 2008, esse acesso ainda é tardio. Inicialmente, no desenho da pesquisa, objetivava-se abordar mais diretamente o papel que a regulação trazia em termos de entraves ao acesso e sua configuração tardia como a conhecíamos, empiricamente, a partir da inserção em um serviço de alta complexidade. Todavia, foi identificado apenas um estudo que tratava da regulação, não sendo possível aferir o seu papel de forma mais direta para o acesso tardio das usuárias acometidas por CCU. A não identificação de estudos na produção acadêmico-científica levantada e revisada sobre a regulação – especialmente, tendo em vista as mudanças no SUS, com a implantação de Centrais de Regulação – se constituiu, dessa forma, em uma limitação deste estudo e fez com que se restringisse o escopo da pesquisa realizada à questão do acesso de forma mais geral.

Partindo do que foi exposto no presente estudo, podemos considerar que o acesso resolutivo ao exame Papanicolau e ao diagnóstico precoce de doenças ginecológicas, em específico o CCU, perpassa por todas as esferas do cuidado, em sua maioria nos atendimentos realizados na porta da entrada, na Saúde Básica e ao diagnóstico precoce no nível secundário até a alta complexidade, como visto. Neste sentido, há que se valorizar as campanhas de prevenção e a vacinação contra o HPV, bem como demais medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, conforme preconizado na Constituição Federal, de 1988, e legislações da saúde.

Outras medidas importantes são aquelas relacionadas ao respeito à equidade no atendimento às demandas das mulheres, valorizando todas as variáveis apresentadas neste estudo, perpassando pelas questões de gênero, etnia, valores culturais, faixa etária, etc. Tal perspectiva foi descrita no segundo capítulo, no que diz respeito ao perfil das usuárias acometidas pelo CCU matriculadas no âmbito institucional de inserção profissional desta autora e, posteriormente, ratificado nos resultados da análise teórico-bibliográfica desenvolvida nesta dissertação. Ainda sobre esta questão, destaca-se a determinação social do processo saúde-doença, reconhecendo-se os aspectos socioeconômicos, sendo que o CCU tem sido majoritariamente uma doença vinculada às camadas mais empobrecidas em nível

mundial e no Brasil, como foi também desenvolvido aqui. Portanto, é nas camadas sociais que possuem menor ou nenhuma renda que se encontra sua maior incidência e que, justamente, apresentam maior dificuldade de acesso ao exame Papanicolaou.

Desta forma, adotando atitudes de inclusão através das escuta das reais necessidades de saúde dos usuários, os profissionais de saúde tendem a promover o acesso e a prevenção do CCU, bem como implementar ações para incentivo a adesão ao exame Papanicolaou, principal instrumento de detecção e diagnóstico precoce do CCU, para que as usuárias possam ser atendidas em tempo hábil, dentro do estadiamento da doença apresentado, sendo encaminhadas aos respectivos níveis de complexidade do SUS, ora mencionados. Para isso, há que se promover ações para otimizar a regulação em saúde, para efetivar os encaminhamentos devidos, de forma equânime, respeitando as diferenças da população usuária atendida.

Sendo assim, ainda que com a limitação assinalada, as leituras propiciaram uma compreensão apurada sobre as determinações e condicionantes que implicaram na adesão das usuárias ao exame preventivo do CCU e os principais entraves encontrados por elas para o acesso em tempo hábil. E, ainda, colocando em perspectiva as possibilidades de aprofundamento acadêmico-científico sobre a questão do acesso, sugere-se a proposta de realização futura de estudos que, partindo da pesquisa de campo com as usuárias acometidas pelo CCU, valorizem o itinerário terapêutico vivenciado no processo de adoecimento diante do quadro de doença avançada como uma estratégia de pesquisa e estudos que venham contribuir e se somar à compreensão e explicação desta questão.

Desta forma, ao término desse estudo é possível afirmar que a Saúde Pública ainda tem muito por desenvolver, principalmente no que tange ao atendimento aos (às) usuários(as) do SUS. Afinal, a partir dos estudos revisados na pesquisa, pudemos verificar que as usuárias acometidas pelo CCU se deparam com muitos entraves que impactam na sua adesão ao tratamento do CCU e, que repercutem no acesso, desde o diagnóstico até a Alta Complexidade.

Com esse estudo, pretendeu-se, portanto, se somar a este processo, contribuindo com reflexões que ofereçam aportes para ações acerca da promoção e do cuidado em saúde, que objetivem e que venham a contribuir com a educação e promoção do acesso à assistência em saúde, em todos seus níveis de complexidade, visando a garantia do acesso para diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde a determinação social da saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n.103 p. 953-965, out-dez 2014
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 125-138.
- ALVES; SOUZA, D. O. et al. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.
- AMÉRICO, C. F.; FREITAS, L. V.; DIAS, L. M. B.; CHAGAS, A. C. M. A.; LIMA, T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Mulheres que realizam exame de Papanicolau em Fortaleza - caracterização social e sexual. **Revista Brasileira de Enfermagem Online**. braz. j. nurs. (Online); 8(3) dez. 2009
- AMORIM, V. M. S. L.; BARROS, M.B. de A. Equidade no acesso ao exame de Papanicolau: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev. bras. Epidemiol.** vol.17 supl.2. São Paulo. 2014
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BAHIA, L A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: **Gestão pública e relação público privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.115-128.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, 120p. [Temas em Saúde collection].
- BARBOSA. D. V. S., BARBOSA. N.B., NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Coletiva**. 2016, Rio de Janeiro, 24(1): 49-54
- BARBOSA, J. B. et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6a. ed. Rio de Janeiro, 2003.
- BARCELOS, M. R. B.; LIMA, R. de C. D.; TOMASI, E.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Revista de Saúde Pública**. 2017;51:67. Disponível em <www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006802.pdf>. Acesso em 23 jul. 2019
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Médica*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out. /dez. 2007.

BATISTA, A. F. C.; CALDAS, C. P. Fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico. *Rev. enfermagem*. UERJ; 25: [e21839], jan.-dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 01 set. 2018.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS – NOB-SUS 01/96. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.203, de 6 de novembro de 1996. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: **Senado Federal**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 14 ago. 2018

_____. Ministério da Saúde. Norma operacional da assistência à saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 14 ago. 2018.

_____. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm>. Acesso em: 18 out. 2018

_____. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 14 ago. 2018.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. Tradução: Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Editora UNESP: Hucitec, 1991.

CARVALHO, D. L. **A organização dos serviços de atenção ao controle do câncer de colo de útero a partir da atenção primária à saúde**: um estudo no Município do Rio de Janeiro – RJ. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2015.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde / Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. – Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 117-130.

CHAIMOVICZ, F. – A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção, alternativas. **Revista de Saúde Pública**, 31: 184-200, 1997.

COELHO, V. P. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. **Serviço social e sociedade**, n.71, ano XXIII, São Paulo: Cortez, set.2002, p.63-79.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da Mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: COSTA, A.M.; MERCHÁN-HAMAN, E.; TAJER, D. (Org.) **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1994, p. 33-55.

FARIAS, S. F. **Interesse estruturais na regulação da assistência médico hospitalar do SUS**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife: 2009 FERREIRA, N. S.de A. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Educação e sociedade**, ano XXIII, n° 79, agosto/2002. p.257-272.

FERLAY, J. et al. Estimated cancer incidence and mortality worldwide in 2012. In: **Globocan 2012**, v1. Lyon, France: IARC, 2013. (IARC Cancer Base, 11). Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 14 set. 2013.

FERREIRA, N. S.de A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação e sociedade**, ano XXIII, n° 79, agosto/2002. p.257-272.

FONSECA, A. J. da; FERREIRA, L. P.; DALLA-BENETTA, A. C.; ROLDAN, C. N.; FERREIRA, M. L. S. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero

no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.32 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2010

GARBOIS, J. A. et al. Da noção de determinação social á determinantes sociais da saúde. *Saúde debate.* Rio de Janeiro, v. 41, n.112 p. 63-76, jan. /Mar. 2017

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* vol.27 no.7 Rio de Janeiro July 2011.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* São Paulo: Atlas, 1994.

GIRIANELLI, V.R.; THULER L.C. S.; SILVA G. A. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.36 no.5 Rio de Janeiro May 2014.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. de S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes, 2011, p. 67-80.

GOMES, R. S. *Tensões e potências no cuidado a mulheres acometidas por câncer de colo de útero:* um estudo etnográfico. Tese de Doutorado. IMS/UERJ. Rio de Janeiro; 2017.

HERNÁNDEZ, O. B. *Melhoria da detecção e prevenção do câncer de colo de útero e de mama na ESF José Palmeiro Sobrinho, São Raimundo Nonato- PI.* Pelotas: UFPel, 2016.

HIRAI, W.G.; SILVA, K.E.L. Políticas Sociais e monoparentalidade feminina. In: I Encontro de pesquisa sobre famílias: Anais do GETEFA /Campus de Franca, 2012, Marília/SP., Campus Franca/SP. S/N: S/N, 2012. v. 1. p. 1-15. Disponível em: <https://www.franca.unesp.br/Home/stae/eixo3_018.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. *Estimativa 2018:* incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2017. Disponível em: <[Http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp](http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp)>. Acesso em: 17 set. 2018

_____. *ABC do câncer:* abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011.

_____. *Registro hospitalar de câncer:* dados do Hospital do Câncer II – relatório do período de 2013 a 2017. Rio de Janeiro (Brasil): Instituto Nacional de Câncer; 2019. [Relatório interno].

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Cuidados paliativos. In: *Tratamento do câncer.* Rio de Janeiro: INCA, nov. 2018.

Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Conhecendo o Viva Mulher. **Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Cirurgia para câncer de colo do útero**. São Paulo, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cirurgia-para-cancer-de-colo-do-utero/1287/285/>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

_____. **Estadiamento do câncer de colo do útero**. São Paulo, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer-de-colo-do-utero/1286/284/>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

_____. **Radioterapia para câncer de colo do útero**. São Paulo, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/radioterapia-para-cancer-de-colo-do-utero/1288/285/>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

KLIGERMAN, J. O câncer como um indicador de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 45 n,3 jul. /ago. /set.1999. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_45/v03/sumario.html>. Acesso em: 06 set. 2018

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da saúde**; 3(6): 31-6, 2002.

LIMA, T.C.S.; MIOTO, T.C.S. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Rev. Katálisis. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45 2007

LUZ, M. T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: Mattos, R.A. de; PINHEIRO, /R. (Org.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

MALTA D.C., BERNAL R.T.I., LIMA M.G., ARAÚJO S.S.C., SILVA M.M.A., FREITAS M.I.F., et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2017;51 Supl. 1:4s.

MANICA, S. T.; DRACHLER, M. de L.; TEIXEIRA, L. B.; FERLA, A. A.; GOUVEIA, H. G.; ANSCHAU, F.; OLIVEIRA, D. L. L. C. de. Desigualdades socioeconômicas e regionais na cobertura de exames citopatológicos do colo do útero. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. vol.37 no.1 Porto Alegre, 2016 E pub Mar 04, 2016.

MENDES. E.V. Organização Pan-Americana da Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, 2011.

MICHELIN, S. R.; MARCHI, J. G.; HYEDA, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; NITSCHKE, R.G. Percepção das mulheres sobre promoção da saúde durante a consulta de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**. 2015 Jan/Mar; 14(1):901-909

MINAYO, M.C.de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MIOTO, R. C. T. Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 124, p. 699-720, out. /dez. 2015.

OLIVEIRA, D. S. de. **Tendo que se submeter ao exame Papanicolau regularmente**: uma ótica sobre o processo de desmedicalização. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade de do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946755>. Acesso em 24 jul. 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

ROMANOWSKI, J.P.; ENS, R. T. As pesquisas denominadas do tipo “Estado da Arte” em educação. **Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 6, n.19, p.37-50, set. /dez. 2006.

SALAZAR M. A. A., SOUZA M. de L. de, LIMA. V. L. de A. Câncer cervical: um problema social global. **Revista Cubana Enfermagem**. Vol.28, no.1. Cidade de Havana. Jan. Mar. 2012. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000100007&lang=pt> Acesso em: 23 jul. 2019

SANCHEZ, R.M, CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panam. Salud publica**. 2012;31(3):260–8.

SANTOS, F.P.; MERHY E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface**, Botucatu, v.10, n.19, p.25-41, 2006.

SANTOS, L. N. dos; CASTANEDA, L.; AGUIAR, S. S. de; THULER, L. C. S.; KOIFMAN, R. J.; BERGMANN, A. Qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com câncer do colo do útero. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.41 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2019 E pub June 19, 2019

SANTOS, V. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SBCO – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. **Diferenças entre CACON X UNACON**. Rio de Janeiro; SBCO, s.d. Disponível em: <<https://www.sbco.org.br/central-de-noticias/view/diferencas-entre-cacon-x-unacon>>. Acesso em: 01 ago. 2019.

SCHILLING, C.M.; REIS, A.T.; MORAES, J.C. (Org.). **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006. 116 p.

SCHRAMM, J. M. de A.; OLIVEIRA, A.F.de; LEITE, I. C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A. M.J.; PORTELA, M.C.; CAMPOS, M.R. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). **World Cancer Report**. 2014. Lyon: IARC, 2014.

STOTZ, E N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito. Contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991. 513 p.

_____. Necessidades de saúde: conceito, valor e política. **Intervozes**: trabalho, saúde, cultura. Petrópolis, v. 1, n. 1, p 56-65, maio/ outubro 2016.

_____. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: **Brasil. Ver – SUS Brasil**: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TAMBELLINI-AROUCA, A. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuição para um debate. 4 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p. 147-154.

TRAVASSOS, C. et al. **Acesso e utilização de serviços de saúde**: primeiros resultados do suplemento de saúde da PNAD 2003. Rio de Janeiro, DIS/CICT/FIOCRUZ, 2005.

_____; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde. Pública**. 2004;20(2):190–8.

TORIY A. M.; PIRES, S. A.; ZOMKOWSKI, K.; LUZ, C. M. da; KRAWULSKI, E.; SPERANDIO F. F. Processo de recuperação físico-emocional no pós-câncer ginecológico. **Cad. Ter. Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 747-756, 2015.

VIDAL. M. L. B. **Acesso ao tratamento de neoplasia maligna do colo do útero no SUS**. Tese (Doutorado em Ciências). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

VILARINS. G.C.M.; SHIMIZU. H. E.; GUTIERREZ. M. M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e Operacionais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out. /dez. 2012.

VOSGERAU, J. D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014