

## Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura

Cervical cancer control limiting factors and facilitators:  
a literature review

Viviane Aparecida Siqueira Lopes (<https://orcid.org/0000-0002-3759-9593>)<sup>1</sup>

José Mendes Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0003-0182-395X>)<sup>2</sup>

**Abstract** *This paper reviews the limiting factors and facilitators of access to Brazilian cervical cancer care public health services. This review employed bibliographic database Medline (interface with the Virtual Health Library/BVS and PubMed) and Lilacs / SciELO portals. We sought publications for the period 2011-2016 based on the use of specific terms from the sources consulted, regarding “cervical neoplasms” and “access to health services”. We found 704 papers initially, which were shortlisted to 31 following adopted criteria, which were further reduced to 19 papers to make up the final selection. Access facilitating aspects such as wide coverage of the Pap smear test and coverage of biopsies equivalent to the number of altered prevention tests were mentioned. However, access limiting aspects such as inadequate Pap smear’s periodicity, difficulties in scheduling appointments and exams, high rate of advanced staging and delays in diagnosis and treatment onset were also reported.*

**Key words** *Access to health services, Cervical neoplasms, Unified health system, Brazil Review*

**Resumo** *Este artigo revisa os fatores limitadores e facilitadores do acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil na área da atenção ao câncer de colo de útero (CCU). Nesta revisão, foram utilizadas a base de dados bibliográficos Medline (interface com Biblioteca Virtual de Saúde/BVS e PubMed) e os portais Lilacs e SciELO. Buscou-se publicações referentes ao período 2011-2016, a partir do uso de termos específicos das fontes consultadas, relativos a ‘neoplasias do colo do útero’ e ‘acesso aos serviços de saúde’. Foram inicialmente encontrados 704 artigos, mas, considerando os critérios adotados, foram selecionados 31 artigos, dos quais foram incluídos 19. Foram mencionados aspectos facilitadores do acesso como ampla cobertura do exame Papanicolaou e de biopsias equivalente ao número de preventivos alterados. Entretanto, aspectos limitadores de acesso como periodicidade inadequada do Papanicolau, dificuldades para agendamento de consultas e exames, alto índice de estadiamento avançado e atrasos no diagnóstico e no início de tratamento, também foram apresentados.*

**Palavras-chave** *Acesso aos serviços de saúde, Neoplasias do colo do útero, Sistema Único de Saúde, Brasil, Revisão*

<sup>1</sup> Departamento de Serviço Social de Campos, Universidade Federal Fluminense. R. José do Patrocínio 71, Centro. 28010-385 Campos dos Goytacazes RJ Brasil. [vivianeviviane@uol.com.br](mailto:vivianeviviane@uol.com.br)

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

O câncer de colo de útero (CCU) é uma importante questão de saúde pública, sendo causa de morte para 5.430 mulheres no Brasil em 2013 e, sendo estimado para 2016 o surgimento de 16.340 novos casos com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres<sup>1</sup>.

Este câncer é causado, majoritariamente, por infecção persistente via subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), transmitido sexualmente, sendo esta infecção responsável por cerca de 70% dos cânceres cervicais<sup>2</sup>. Sua prevenção primária, portanto, envolve uso de preservativos e vacinação contra HPV associados a ações de promoção à saúde; e, sua prevenção secundária, ou detecção precoce, condiz com a realização de diagnóstico precoce, via coleta do exame Papanicolaou, possuindo como público-alvo mulheres de 25 a 64 anos<sup>2,3</sup>.

O controle do CCU no setor público condiz com ações de gestão e dos profissionais de saúde, organizadas segundo os níveis hierárquicos do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo articulado, compondo uma atenção à saúde na perspectiva de integralidade<sup>4</sup>. Nesse sentido, o controle do CCU é norteado por uma linha de cuidado<sup>5-7</sup> que sinaliza o fluxo assistencial e os correspondentes protocolos e diretrizes clínicas diante aos graus de evolução da enfermidade.

À atenção básica e à atenção especializada – média e alta complexidade – correspondem modalidades de atenção à saúde, sendo: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A promoção diz respeito a ações transversais visando promover melhorias na saúde da população, controlar doenças e agravos à saúde, incluindo ações que ampliem a informação e reduzam as dificuldades de acesso a serviços de saúde. A prevenção envolve as ações anteriormente mencionadas. O diagnóstico, para os casos com Papanicolaou alterado, condiz com a realização de exames para investigação diagnóstica, como colposcopias, biópsias, entre outros. O tratamento envolve a realização de cirurgias oncológicas, radioterapia, quimioterapia e braquiterapia. A reabilitação envolve ação multiprofissional visando reestabelecer funcionalidades físico-orgânicas prejudicadas pela enfermidade. Os cuidados paliativos condizem com ações e procedimentos de baixa, média e alta complexidade, com vista à prevenção e alívio do sofrimento - controle dos sintomas, alívio da dor, suporte espiritual, apoio ao cuidador - junto aos casos de não resposta clínica aos tratamentos realizados e, portanto, com risco de vida<sup>7-9</sup>.

O controle do CCU é condicionado pelas desigualdades socioeconômicas e culturais<sup>10</sup> e pelo grau de desempenho do sistema de saúde, sendo o acesso aos serviços de saúde uma das dimensões que compõe este desempenho<sup>11</sup>.

O acesso aos serviços de saúde diz respeito ao processo de busca por serviços de saúde, realizado por indivíduos que possuem necessidades de saúde, e a concomitante resposta que esses serviços geram a tais necessidades, expressa pelo atendimento prestado aos indivíduos, ou seja, o acesso aos serviços de saúde diz respeito à relação estabelecida entre indivíduos/comunidade e os serviços de saúde<sup>12-14</sup>.

Os serviços de saúde estão inseridos em um contexto local, regional e/ou nacional, facilitador ou limitador desse acesso e de sua boa organização, sendo as práticas desenvolvidas nesses serviços norteadas por preceitos definidores da política de saúde no território de estudo, dos programas e das políticas específicas de cada área da saúde e/ou tipo/grupo de adoecimento<sup>13</sup>.

Os estudos sobre acesso aos serviços de saúde podem encontrar-se compreendidos em ‘domínio restrito’, ou seja, detendo-se somente na relação entre procura por serviços de saúde e a entrada nestes. No entanto, há estudos que ampliam um pouco mais, envolvendo também a continuidade assistencial, inseridos em ‘domínio intermediário’. Outros estudos, mais abrangentes, se atêm ao processo que se inicia com o desejo de obter cuidado de saúde, passando pela procura por serviços de saúde, pela entrada nestes, pela continuidade assistencial, alcançando os seus resultados, sendo compreendidos como de ‘domínio amplo’<sup>14</sup>. Estes últimos condizem com a definição de acesso enquanto “utilização de serviços de saúde adequados à necessidade da pessoa, em tempo e local apropriados”<sup>14</sup>.

Esses estudos analisam - de modo isolado ou articulado - a oferta de serviços de saúde; as características da relação entre procura e utilização dos serviços de saúde, reconhecendo aspectos e/ou dimensões que atuam como facilitadores ou obstrutores dessa utilização por potenciais usuários; e, os resultados da prestação de serviços de saúde. Na perspectiva do segundo aspecto mencionado, Donabedian<sup>15</sup> apresentou duas dimensões a serem analisadas: a socio-organizacional e a geográfica. A primeira relativa às condições sociais, culturais, políticas e/ou econômicas; e, a segunda referente ao tempo-espço, expresso na distância física entre usuários e serviços. Travassos e Castro<sup>14</sup> corroborando-as e ampliando-as, denominaram tais dimensões de barreiras de

acesso, sendo especificadas em barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e de informação.

No que diz respeito aos resultados, Aday e Andersen<sup>12</sup> reconhecem a satisfação do usuário dos serviços de saúde como um tipo de resultado do processo de acesso a esses serviços, sendo corroborado por Donabedian<sup>15</sup> e reafirmado em Andersen<sup>13</sup>. Donabedian compreende não apenas a satisfação dos usuários, mas, também, a qualidade dos serviços como expressões da estreita relação entre estrutura e processo de implementação das ações de saúde sendo resultados desta relação.

Diante disso, esta revisão buscou sintetizar achados de estudos brasileiros sobre o acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil na área da atenção ao câncer de colo de útero no período 2011-2016, identificando os fatores limitadores e/ou facilitadores desse acesso. Assim, visou ressaltar as barreiras de acesso aos serviços de saúde para o controle do CCU e registrar avanços referentes a este acesso, sinalizados em artigos que tratassem do sistema de saúde público brasileiro e publicados em período recente, relacionados à prevenção secundária ou detecção precoce, ao diagnóstico e ao tratamento do CCU.

## Métodos

Este estudo foi delineado a partir dos critérios estabelecidos no guia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), considerando o diagrama de fluxo e o checklist PRISMA<sup>16,17</sup>. Assim, possuiu uma pergunta norteadora da busca de artigos e da análise, sendo: Quais os fatores limitadores e/ou facilitadores do acesso aos serviços de saúde para atenção ao câncer de colo de útero?

O levantamento de artigos foi realizado na base de dados bibliográficos Medline (interface com Biblioteca Virtual de Saúde/BVS e PubMed) e nos portais Lilacs (interface com a BVS) e Scielo Brasil.

No portal Lilacs e na base Medline/BVS, os termos de busca usados foram ‘acesso aos serviços de saúde’ AND ‘câncer de colo de útero’ OR ‘neoplasia de colo de útero’ OR ‘câncer cervicouterino’ OR ‘câncer cervical’ OR ‘câncer de colo uterino’; e, utilizados os seguintes filtros: tipo de publicação: artigo, ano de publicação: 2011 a 2016; país como assunto: Brasil; limites: feminino. Na Medline/PubMed, a busca envolveu os termos: ‘access of health services’ OR ‘health services accessibility’ AND ‘uterine neoplasms’

OR ‘cervical cancer’ AND Brasil AND 2011-2016 (ano de publicação). No portal Scielo Brasil, os termos de busca foram apenas “acesso aos serviços de saúde”, com uso apenas de filtro referente ao ano de publicação, pois a associação com o termo neoplasia de colo de útero ou sinônimos não produziu resultados.

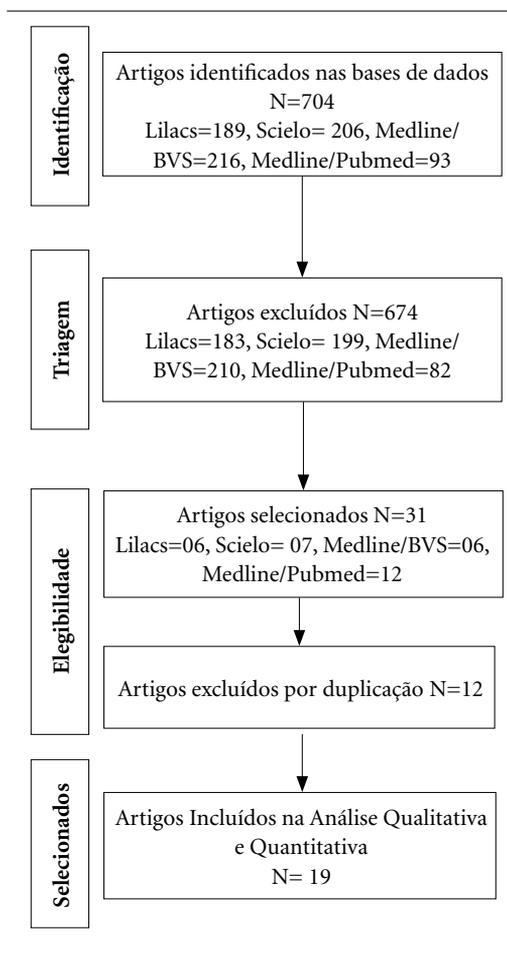
A seleção dos artigos foi norteadora por critérios de inclusão, sendo: artigos cujos títulos e/ou resumos indicassem se tratar de um estudo sobre acesso aos serviços de saúde para atenção ao câncer de colo de útero (CCU), no setor público da saúde, sendo relativo à prevenção, diagnóstico e/ou tratamento. Tais artigos poderiam estudar o acesso aos serviços significando a entrada em serviços de saúde e/ou continuidade da assistência e cobertura referente à atenção ao CCU. A cobertura diz respeito ao “alcance de uma medida sanitária”<sup>18</sup> como, por exemplo, a proporção de mulheres que realizaram o exame Papanicolau em determinado ano e território. O alcance da cobertura de uma ação de saúde é associado ao cumprimento da prestação desta ação e, portanto, ao acesso e uso dos serviços de saúde. Mas, também, pode significar apenas a possibilidade de obter a prestação de ações de saúde, podendo ocorrer ou não<sup>18</sup>. Nesta revisão os artigos incluídos que abordaram ‘cobertura’, estiveram em sintonia com o primeiro sentido acima mencionado.

A identificação dos artigos ocorreu em março de 2017. A triagem dos estudos foi realizada mediante a leitura e a análise dos títulos e resumos de todos os artigos identificados em cada base de dados, sendo norteadora pelos critérios de inclusão e exclusão adotados. Em fase de elegibilidade, após definição dos artigos a serem incluídos de cada base de dados, foram excluídos os artigos duplicados. A seguir, procedeu-se à leitura na íntegra dos estudos incluídos e a elaboração da síntese das principais informações em uma planilha, para viabilizar suas análises descritivas e críticas. A análise dos artigos os distinguiu segundo marcos da linha de cuidados referentes ao controle do CCU, sendo: ‘prevenção’, ‘diagnóstico e/ou tratamento’.

## Resultados e discussão

### Características dos artigos revisados

Dos 704 artigos sobre acesso aos serviços de saúde para atenção ao câncer de colo de útero (CCU), publicados no período 2011 – 2016, inicialmente identificados, 19 foram incluídos na nesta revisão (Figura 1). Os artigos excluídos ex-



**Figura 1.** Fluxograma de informações sobre a identificação, seleção e inclusão de artigos revisão.

Fonte: Elaboração dos autores.

trapolaram os critérios de elegibilidade adotados, referindo-se a outras enfermidades e políticas ou a outros objetos de estudos relativos ao câncer de colo de útero (CCU), como mortalidade, sobrevivência e qualidade/adequação da ação de profissionais de saúde inseridos na assistência à saúde (Figura 1).

Foram publicados em média, aproximadamente, 3,2 artigos/ano; majoritariamente em português (78,9%). Os Cadernos de Saúde Pública, a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e a Revista Saúde em Debate foram os periódicos mais profícuos, tendo publicado, 26,3%, 21% e 21% dos artigos, respectivamente (Quadro 1).

O acesso foi majoritariamente abordado em termos das barreiras à detecção precoce do câncer de colo de útero, correspondendo a 63,2%

dos artigos. Limites no acesso ao diagnóstico e ao tratamento do CCU foram abordados por 36,8% dos artigos. Nos artigos que abordaram a *detecção precoce*, os objetos de estudo se referiram à cobertura de Papanicolaou e/ou fatores relacionados a não realização deste exame (58,3%) e à detecção precoce diante os segmentos pobres e/ou vulneráveis da população (41,7%). Nos artigos que trataram do *diagnóstico e/ou tratamento*, os objetos de estudo foram integralidade/continuidade da atenção ao CCU (57,1%), fatores relacionados ao diagnóstico tardio (28,6) e tempo de espera para tratamento (14,3%) (Quadro 1).

O desenho de estudo quantitativo foi majoritário (73,7% dos artigos). Todos os artigos que enfatizaram a *detecção precoce do CCU* adotaram a abordagem quantitativa, diferentemente dos artigos que enfatizaram o *diagnóstico e/ou tratamento de CCU*, que mostraram-se diversificados, pois 57,1% destes elaboraram suas análises a partir de abordagem qualitativa, seguidos pelos que adotaram abordagens quantitativas (28,6%) e quanti-qualitativas (14,3%). A entrevista foi fonte de dados e método mais utilizada (73,7% dos artigos), seguida pela análise documental (31,6%), uso de banco de dados secundários (21%), observação direta ou participante (10,5%), dados de pesquisa prévia (10,5%). Valendo ressaltar que aproximadamente 47,4% dos artigos utilizaram a composição de mais de um método/fonte (Quadro 1).

#### Acesso aos serviços para detecção precoce do câncer de colo de útero

A maioria dos artigos referentes à prevenção do câncer de colo de útero sinalizou a presença de cobertura de exame Papanicolaou acima de 80% da população estudada, sendo ressaltado aumento nesta cobertura, especialmente, junto a segmentos vulneráveis ou que vinham apresentando baixa adesão ao exame preventivo, como mulheres solteiras, negras e de baixo nível de escolaridade. No entanto, um dos artigos<sup>19</sup>, apontou altas taxas de não realização de exame Papanicolaou e grande número de casos em estádio avançado, o que reforça a importância da realização do exame preventivo e remete à presença de segmentos da população feminina ainda nestas circunstâncias. A cobertura e também a periodicidade adequada dos exames de Papanicolaou encontram-se condicionadas pelas disparidades socioeconômicas e demográficas, havendo predomínio de rastreamento oportunístico<sup>20-23</sup> (Quadro 2).

**Quadro 1.** Características dos artigos incluídos na revisão.

<b>Artigos selecionados</b>	<b>Periódicos</b>	<b>População e Cenário de estudo</b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>Fontes de dados e Métodos utilizados</b>	<b>Marcos da Linha de Cuidados</b>	<b>Objeto de Estudo</b>
Silva MR et al. (2016)	Saúde de debate	Mulheres com CCU, no estado de Pernambuco.	Qualitativo	Análise documental (prontuários) + Coleta de dados primários (entrevistas)	Diagnóstico e/ou tratamento	Integralidade/continuidade da atenção
Nascimento MI, Azevedo GS (2015b)	Rev. Saúde Pública	Mulheres com CCU encaminhadas para radioterapia no Hospital Geral de Nova Iguaçu/RJ.	Quantitativo	Análise documental (prontuários e RHC) + Banco de dados (SIM da SES/RJ)	Diagnóstico e/ou tratamento	Tempo de Espera para tratamento
Rangel G et al. (2015)	Saúde de debate	Mulheres com CCU, no INCA.	Qualitativo	Observação direta + Coleta de dados primários: entrevistas	Diagnóstico e/ou tratamento	Fatores relacionados ao diagnóstico tardio
Carvalho BG et al. (2015)	Saúde de debate	Mulheres com citologia oncológica alterada, em uma UBS no sul do país.	Qualitativo	Análise documental (relatório de acompanhamento do PNCCU das UBSs) + Coleta de dados primários: entrevistas	Diagnóstico e/ou tratamento	Integralidade/continuidade da atenção.
Sadovsky AD et al. (2015)	Cad. Saúde Pública	Mulheres de capitais brasileiras e Distrito Federal	Quantitativo	Banco de dados (VIGITEL)	Prevenção	Acesso ao Papanicolau por segmentos da população em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade
Brito-Silva K et al. (2014)	Rev. Saúde Pública	Mulheres de município referência em nordestes de São Paulo	Quantitativo	Banco de dados (Hygiaweb, Siscolo regional e da SES/SP) + Coleta de dados primários : entrevistas	Diagnóstico e/ou tratamento	Integralidade/continuidade da atenção
Oliveira MV et al. (2014)	Ciênc. & Saúde Colet	Mulheres quilombolas, em Vitória da Conquista (Bahia)	Quantitativo	Coleta de dados primários: entrevistas	Prevenção	Acesso ao Papanicolau por segmentos da população em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade
Giranielli VR et al. (2014)	Rev. Bras. Ginecol. e Obstet	Mulheres assistidas pela ESF, em Duque de Caxias e Nova Iguaçu (RJ)	Quantitativo	Coleta de dados primários: entrevistas	Prevenção	Fatores relacionados à não realização de Papanicolau
Thuler IC et al. (2014).	Rev. Bras. Ginecol. e Obstet	Mulheres com CCU, no Brasil.	Quantitativo	Análise documental (Registros Hospitalares de Câncer)	Diagnóstico e tratamento	Fatores relacionados ao diagnóstico tardio
Augusto EF et al. (2013)	Arch. of Gynecol. and Obstet	Mulheres assistidas pelo Programa Médico de Família de Niterói/RJ	Quantitativo	Análise documental (laudos de Papanicolau) + Coleta de dados primários: entrevistas.	Prevenção	Fatores relacionados à não realização de Papanicolau
Goes EF, Nascimento ER (2013)	Saúde de debate	Mulheres brancas e negras, residentes na Bahia, que haviam respondido a PNUD em 2008.	Quantitativo	Dados de Pesquisa prévia: Dados do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNUD)/2008.	Prevenção	Acesso ao Papanicolau por segmentos da população em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade
Correa MS et al. (2012)	Cad. Saúde Pública	Mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos anteriores à pesquisa, residentes em estados do sul e do nordeste brasileiro, por amostragem	Quantitativo	Coleta de dados primários: entrevistas	Prevenção	Cobertura e adequação do exame Papanicolau

continua

**Quadro 1.** Características dos artigos incluídos na revisão.

<b>Artigos selecionados</b>	<b>Periódicos</b>	<b>População e Cenário de estudo</b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>Fontes de dados e Métodos utilizados</b>	<b>Marcos da Linha de Cuidados</b>	<b>Objeto de Estudo</b>
Freitas MCM et al. (2012)	Rev. Bras. Ginecol. e Obstet	Mulheres idosas residentes na zona norte de Juiz de Fora (MG).	Quantitativo	Coleta de dados primários: entrevistas	Prevenção	Acesso ao Papanicolau por segmentos da população em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade
Gomes CHR et al. (2012)	Rev. Bras. de Cancerologia	Mulheres com CCU invasor, em UNACON do Norte de Minas Gerais.	Quantitativo	Análise documental (prontuários) + Coleta de dados primários: entrevistas.	Prevenção	Fatores relacionados à não realização de Papanicolau
Borges MF et al. (2012)	Cad. Saúde Pública	Mulheres residentes no município de Rio Branco (Acre), no período 2007 – 2008.	Quantitativo	Coleta de dados primários: entrevistas	Prevenção	Cobertura de Papanicolau e/ou fatores associados
Gasperin SI (2011)	Cad. Saúde Pública	Mulheres residentes na área urbana de Florianópolis, Santa Catarina.	Quantitativo	Coleta de dados primários: entrevistas (uso de questionário fechado)	Prevenção	Cobertura de Papanicolau e/ou fatores associados
Bairros FS et al. (2011)	Cad. Saúde Pública	Mulheres brancas e negras de duas cidades do sul do Brasil.	Quantitativo	Coleta de dados primários: entrevistas.	Prevenção	Acesso ao Papanicolau por segmentos da população em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade
Soares MC et al. (2011)	Rev. Gaúcha de enferm.	Mulheres de um determinado município, identificadas no SISCOLO	Qualitativo	Observação participante + Coleta de dados primários: entrevistas.	Diagnóstico e tratamento	Integralidade/continuidade da atenção
Ozawa C, Marcopito LF (2011)	Rev. Bras. Ginecol. e Obstet	Mulheres participantes de dois inquéritos domiciliares no município de São Paulo.	Quantitativo	Dados de inquéritos domiciliares realizados no município de São Paulo + Banco de Dados (SIM)	Prevenção	Cobertura de Papanicolau e/ou fatores relacionados

Fonte: Elaboração dos autores.

**Quadro 2.** Síntese dos limites e dos facilitadores de acesso a serviços, segundo marcos da linha de cuidado do câncer de colo de útero.

Marco da Linha de Cuidados	Fatores limitadores de acesso relativos à gestão pública e/ou profissionais de saúde	Fatores limitadores de acesso, de dimensão subjetivo-cultural	Facilitadores ou aspectos positivos para o acesso
Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de segmento da população feminina que não realiza exame Papanicolau.</li> <li>• Falta de informação das mulheres acerca da periodicidade adequada do exame Papanicolau.</li> <li>• Disparidades socioeconômica e demográfica condicionando a realização de exame Papanicolau.</li> <li>• Dificuldades no agendamento de exames e consultas, com baixa flexibilidade e presença de burocratização.</li> <li>• Presença de racismo institucional</li> <li>• Desinteresse, indiferença, má vontade e falta de paciência dos profissionais da marcação de exames e consultas e dos médicos.</li> <li>• Escassez de médicos.</li> <li>• Ausência de contrarreferência.</li> <li>• Falta de sigilo profissional.</li> <li>• Falta de credibilidade na coleta realizada por enfermeiros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo, vergonha</li> <li>• Falta de tempo das mulheres devido ao trabalho e ao cuidado com a família</li> <li>• Crença que Papanicolau é desnecessário às mulheres com mais de 60 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de exame Papanicolau acima de 80%.</li> <li>• Aumento de cobertura exame Papanicolau frente aos segmentos vulneráveis.</li> <li>• Amplo conhecimento do Papanicolau pelas mulheres.</li> </ul>

continua

A grande maioria das mulheres conhece o ‘exame preventivo’, mas mesmo assim parte das mulheres não o realiza. A periodicidade adequada, de modo diferente, não é amplamente conhecida<sup>24</sup>, sendo a não informação uma barreira a seu cumprimento.

O rastreamento do CCU sofre a interferência de fatores de ordem social e subjetivo-cultural, vivenciados pelas mulheres, do contexto organizacional e das características das ações dos profissionais de saúde (Quadro 2). Nesse sentido, barreiras organizacionais e desigualdades sociais, econômicas, culturais e raciais condicionam tal ação<sup>19,23,25-34</sup>.

#### **Acesso aos serviços para diagnóstico do câncer de colo de útero**

O diagnóstico de câncer de colo de útero ocorre tardiamente no Brasil, estando os ‘casos avançados’ especialmente associados à idade igual ou maior que 50 anos, ao fato de viverem sem companheiro e de possuírem cor da pele preta e baixo nível educacional<sup>35</sup>. No sentido de diagnósticos em estágios avançados, Nascimento e Silva<sup>36</sup> detectaram 78.9% das mulheres pesquisadas em estágios intermediários e 5% em estágio avançado da doença, corroborando a perspectiva de que idades mais avançadas e desigualdades

sociais e raciais possuem correlações com maior risco e prevalência para CCU.

Os limites de acesso a serviços referentes ao diagnóstico do câncer de colo de útero (CCU) estiveram relacionados a barreiras organizacionais e a limites na ação de profissionais de saúde<sup>33,37,38</sup>. A realização do exame denominado ‘biopsia’, crucial na conclusão diagnóstica, foi compatível com o número de citologias alteradas, cuja frequência foi maior em mulheres mais jovens. No entanto, os diagnósticos mais graves tanto de citologias como de biopsias, prevaleceram em mulheres com idade mais avançada<sup>32,38</sup>.

A adequada cobertura de biopsias, entretanto, não garantiu a continuidade de tratamento, em virtude de fragilidades no acolhimento e vínculo e de dificuldade no acesso ao tratamento<sup>38</sup>. Além disso, a demora para o estadiamento do tumor, muitas vezes, prorroga o início do tratamento<sup>36</sup> (Quadro 2).

O tratamento de câncer de colo de útero pode envolver a realização de cirurgia, quimioterapia, radioterapia e/ou braquiterapia, sendo realizado predominantemente no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>20</sup>. No Brasil, há definição jurídico-legal de prazo máximo para início de tratamento pelo SUS de 60 dias a contar da definição do diagnóstico obtida com o resultado de biopsia<sup>39</sup>. Este prazo foi contemplado, segundo Nascimento e

**Quadro 2.** Síntese dos limites e dos facilitadores de acesso a serviços, segundo marcos da linha de cuidado do câncer de colo de útero.

Marco da Linha de Cuidados	Fatores limitadores de acesso relativos à gestão pública e/ou profissionais de saúde	Fatores limitadores de acesso, de dimensão subjetivo-cultural	Facilitadores ou aspectos positivos para o acesso
<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa oferta de serviços</li> <li>-Carência de recursos humanos</li> <li>-Superlotação</li> <li>-Grande proporção de casos com estadiamento avançado</li> <li>-Dificuldades na marcação de consultas e/ou exames</li> <li>- Atrasos nos atendimentos</li> <li>-Demora na entrega de resultados de exames e extravio destes resultados</li> <li>-Cobrança de pagamento, por parte dos médicos, para obtenção de acesso diferenciado na rede assistencial</li> <li>- Morosidade nos encaminhamentos médicos prorrogando as marcações de consultas para investigação diagnóstica;</li> <li>-Emissão de diagnósticos errados por médicos e/ou laboratórios;</li> <li>- Má qualidade na atenção por não identificação da doença em virtude da não devida consideração às queixas iniciais</li> <li>- Descumprimento dos protocolos</li> <li>-Referenciamento incorreto</li> <li>-Falta de preparo técnico dos profissionais de saúde</li> <li>- Discordâncias importantes entre profissionais acerca do atendimento ofertado</li> <li>-Presença de favoritismo e desrespeito à fila de espera</li> <li>-Falta de acolhimento</li> <li>-Falta de resolutividade</li> <li>- Deficiência na comunicação entre níveis de atenção à saúde,</li> <li>-Falhas no armazenamento de dados das pacientes</li> <li>-Fragilidade no acolhimento e vínculo</li> </ul>		Cobertura adequada de biopsias
<b>Tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Baixa oferta de serviços de saúde para este fim</li> <li>-Presença de atrasos no início de tratamento</li> <li>-Dificuldade de acesso ao tratamento, em virtude de barreiras geográficas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Predominância de tratamento via SUS com acesso a medicamentos</li> <li>-Tempo de espera para radioterapia, na maioria dos casos, não ultrapassou 60 dias</li> <li>-Presença de equidade no acesso a radioterapia</li> <li>-Presença de acolhimento e vínculo</li> <li>-Boa infraestrutura das unidades de tratamento</li> <li>-Realização de sessões clínicas</li> <li>- Presença de satisfação das usuárias em relação aos serviços de quimioterapia e radioterapia</li> </ul>

Fonte: Elaboração dos autores.

Silva<sup>36</sup>, considerando-se o início de radioterapia, pela maioria das 'pacientes'. O acesso à radioterapia, segundo o mesmo estudo, ocorreu com equidade, ou seja, o tempo de espera para início de radioterapia foi menor à medida que os casos possuíam diagnóstico de estádios mais avançados. (Quadro 2).

O prazo máximo para início de tratamento de câncer no Brasil, acima mencionado, é parâmetro válido utilizado em alguns estudos, mas, Nascimento e Silva<sup>36</sup> ressaltam que o tratamento deva ocorrer com a maior brevidade, não devendo adotar os 60 dias definidos juridicamente como o prazo certo. Este prazo possui relevância em termos de interpelação jurídica, porém existem países com definição de prazo menor que 30 dias, como o caso do Canadá.

Os limites de acesso a serviços para tratamento do CCU foram eminentemente de dimensão

organizacional. O acolhimento e vínculo foram aspectos favoráveis, pois foram apontados como práticas presentes na fase de tratamento oncológico, realizadas somente nesta fase da linha de cuidado. Além destes, outros aspectos favoráveis ao tratamento oncológico foram sinalizados<sup>31,33</sup> (Quadro 2).

Desse modo, os resultados apresentados pelos artigos incluídos nesta revisão trazem implicações para a política de atenção ao câncer de colo de útero referentes à prevenção, diagnóstico e tratamento do CCU, com vistas a seu aprimoramento (Quadro 3).

Em relação à garantia de acesso oportuno (Quadro 3), vale ressaltar que o rastreamento oportunista deve estar associado ao rastreamento populacional em caráter complementar. Este último, diz respeito a uma ação sistematizada, permitindo maior controle de ações e informa-

**Quadro 3.** Sugestões para aprimoramento do acesso à detecção precoce, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero, segundo artigos incluídos na revisão.

Marcos da linha de cuidado do CCU	Sugestões de aprimoramento	Sugestões <i>transversais</i> aos marcos da linha de cuidados do CCU
<b>Prevenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação de acesso à atenção básica</li> <li>• Garantia de acesso oportuno</li> <li>• Realização de busca ativa para garantia de rastreio de mulheres nas idades e intervalos apropriados</li> <li>• Fortalecimento de ações preventivas junto aos grupos mais vulneráveis</li> <li>• Oferta de equipes estáveis, no sentido de não alteração constante de seus membros</li> <li>• Garantia de privacidade e respeito às usuárias dos serviços</li> <li>• Treinamentos e capacitações da equipe profissional com vistas à compreensão de crenças e limites emocionais vivenciados por parte das usuárias dos serviços</li> <li>• Realização de ações educativas, para mulheres e homens, acerca da prevenção do CCU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar programa de CCU para além de aspectos como a cobertura de exames, incluindo o funcionamento da rede de serviços.</li> <li>• Reorganização dos serviços de saúde com vistas à garantia da integralidade da atenção.</li> <li>• Incentivar/propiciar o vínculo entre usuárias, profissionais e serviços em todos os momentos da linha de cuidados.</li> <li>• Criação de mecanismos de coordenação assistencial, como protocolos, sistema de referência e contrarreferência.</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descentralização dos serviços de diagnóstico de câncer.</li> <li>• Redução do tempo para conclusão do diagnóstico de CCU, com definição do estadiamento de tumor.</li> </ul>	
<b>Tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar o tratamento de CCU em menor tempo possível, não ultrapassando os 60 dias previsto em lei.</li> <li>• Descentralização dos centros de referência para o tratamento do câncer.</li> <li>• Garantia do acesso rápido a tomografia computadorizada e a ressonância magnética para fins de planejamento do tratamento e acompanhamento dos casos.</li> </ul>	

Fonte: Elaboração dos autores.

ções referentes ao rastreamento, inclusive da cobertura alcançada, o que sinaliza para uma maior efetividade, equidade e eficiência. No entanto, pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde nesta revisão apontados, é possível que parte das mulheres, na faixa etária-alvo dos programas de rastreamento populacionais, não participe do mesmo. Assim, torna-se relevante a presença também de ações oportunas com vistas à detecção precoce, ou seja, aquela realizada quando a mulher procura o serviço de saúde por outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento e realiza o exame Papanicolaou<sup>40</sup>.

### Considerações finais

O controle do câncer de colo de útero (CCU) vem avançando no Brasil, pois há registros de maior cobertura de exame Papanicolaou, compatibilidade entre número de biopsias e número de exames Papanicolaou alterados e tratamento oncológico para CCU realizado, majoritariamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, foram registrados segmentos da população feminina que nunca realizaram o exame preventivo, que desconhecem ou que não cumprem a periodicidade indicada deste exame. Fatos que, em alguns casos, podem estar associados a questões de âmbito individual, como medo e vergonha, difíceis de serem resolvidos, mas que

também se associam a questões relativas à gestão pública e/ou aos profissionais de saúde, se configurando como desafios postos a esta gestão.

Nesse sentido, em termos transversais ao controle do câncer de colo de útero, foram ressaltadas a necessidade de avaliação do funcionamento da rede de serviços, de garantia de integralidade da atenção, de criação de mecanismos de coordenação assistencial, de garantia de trâmite entre serviços com facilidade e de promoção do acolhimento-vínculo em toda a linha de cuidados para atenção CCU.

Entre as sugestões específicas, quanto à prevenção do CCU, foram sinalizados o rastreamento, em especial, junto a mulheres em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade, com mais de 50 anos de idade e residentes em locais distantes dos serviços de saúde; a ampliação de acesso aos serviços de saúde; e a garantia de privacidade das usuárias nos serviços. Quanto ao diagnóstico em especial, faz-se necessário redução do tempo para conclusão do diagnóstico de CCU, com definição do estadiamento de tumor. Em relação ao tratamento, se sobrepõe a necessidade da garantia de seu início no menor tempo possível, com acesso rápido a exames para planejamento de tratamento e da redução de barreiras geográficas de acesso, descentralizando os centros de referência para tratamento, para assim, promover a redução das desigualdades territoriais e/ou regionais.

### Colaboradores

JM Ribeiro trabalhou na concepção do artigo e na elaboração de sua revisão crítica. VAS Lopes trabalhou na concepção do artigo, na realização da pesquisa bibliográfica e na redação do artigo.

## Referências

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Controle do câncer do colo do útero: Fatores de risco*. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
4. Brasil. Presidência da República. 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* 1990; 20 set.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União* 2005; 8 dez.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Controle dos cânceres do colo de útero e da mama*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).
7. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
8. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Controle do câncer do colo do útero: Promoção da saúde*. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
9. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Controle do câncer do colo do útero: Detecção precoce*. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
10. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Programa nacional de controle do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
11. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):711-724.
12. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Res* 1974; (3):208-220.
13. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36(1):1-10.
14. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.
15. Donabedian A. The quality of care. *JAMA* 1988; 260(12):23/30.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine* 2009; 6(7):1-6.
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol. e Serviços de Saúde* 2015; 24(2):335-342.
18. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saude Publica* 2013; 29(5):847-849.
19. Gomes CHR, Silva JA, Ribeiro JA, Penna, MM. Câncer cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviços de referência no norte de Minas Gerais. *Rev. Bras. de Cancerologia* 2012; 58(1):41-45.
20. Ozawa C, Mercopito LF. Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliares realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. *Rev. Bras. Ginecol. e Obstet.* 2011; 33(5):238-245.
21. Gasperin SI, Boing AF, Kupek E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2011; 27(7):1312-1322.
22. Borges MFSO, Dotto LMG, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. Prevalência do exame preventivo de câncer de colo de útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad Saude Publica* 2012; 28(6):1156-1166.
23. Augusto EF, Rosa ML, Cavalcanti SM, Oliveira LH. Barriers to cervical cancer screening in women attending the Family Medical Program in Niterói, Rio de Janeiro. *Arch. of Gynecol. and Obstet.* 2013; 287(1):53-58.
24. Correa MS, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(12):1841-1853.
25. Girianelli VR, Thuler LC, Silva GA. Adesão ao rastreamento do câncer cervical em mulheres de comunidades atendidas pela Estratégia de Saúde da Família da Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. e Obstet.* 2014; 36(5):198-204.
26. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde Debate* 2013; 37(99):571-579.
27. Bairros FS, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP, Olinto MTA. Racial inequalities in access to women's health care in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(12):2364-2372.
28. Oliveira MV, Guimarães MD, França EB. Fatores associados a não realização de Papanicolaou entre mulheres quilombolas. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4535-4544.
29. Freitas MCM, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à utilização do teste de Papanicolaou entre mulheres idosas no interior do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. e Obstet.* 2012; 34(9):432-437.
30. Sadvovsky ADI, Poton WL, Reis-Santos B, Barcelos MRB, Silva ICM. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e do colo do útero: um estudo ecológico. *Cad Saude Publica* 2015; 31(7):1539-1550.

31. Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Ribeiro CV, Meinckes SMK, Corrêa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Rev. Gaúcha de Enferm* 2011; 32(3):502-508.
32. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka O. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2):240-248.
33. Silva MRE, Braga JPR, Moura JFP, Lima JTO. Continuidade assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. *Saúde Debate* 2016; 40(110):107-119.
34. Carvalho BG, Domingos CM, Leite, FS. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncótica. *Saúde Debate* 2015; 39(106):707-717.
35. Thuler LCS, Aguiar SS, Bergmann A. Determinantes do diagnóstico em estágio avançado do câncer do colo de útero no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. e Obstet.* 2014; 36(6):237-243.
36. Nascimento MI, Silva GA. Tempo de espera para radioterapia em mulheres com câncer de colo de útero. *Rev Saude Publica* 2015; 49:92.
37. Rangel G, Lima LD, Vargas EP. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. *Saúde Debate* 2015; 39(107):1065-1078.
38. Carvalho BG, Domingos CM, Leite, FS. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncótica. *Saúde Debate* 2015; 39(106):707-717.
39. 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* 2012; 22 nov.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Rastreamento*. Brasília: MS; 2010. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)

---

Artigo apresentado em 28/10/2017

Aprovado em 16/02/2018

Versão final apresentada em 18/02/2018