

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia

LUCIENE RODRIGUES DA SILVA GARCIA AUGUSTO

**Território popular e acesso à saúde: um estudo sobre a realidade das
mulheres com câncer do colo do útero moradoras de favelas do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2018

LUCIENE RODRIGUES DA SILVA GARCIA AUGUSTO

**Território popular e acesso à saúde: um estudo sobre a realidade das
mulheres com câncer do colo do útero moradoras de favelas do Rio de Janeiro**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Nacional de
Câncer José Alencar Gomes da Silva
como requisito parcial para a conclusão
do curso de pós-graduação lato sensu do
Programa de Residência
Multiprofissional em Oncologia.

Orientadora: Ana Claudia Correia
Nogueira
Coorientadora: Fernanda dos Reis Melo

LUCIENE RODRIGUES DA SILVA GARCIA AUGUSTO

**Território popular e acesso à saúde: um estudo sobre a realidade das
mulheres com câncer do colo do útero moradoras de favelas do Rio de Janeiro**

Avaliado e Aprovado por:

Nome do Orientador

ASS _____

Me Ana Claudia Correia Nogueira

Nome do Avaliador

ASS _____

Dr^a Mônica de Castro Maia Senna

Nome do Avaliador

ASS _____

Me Senir Santos da Hora

Data: __/__/____

Território popular e acesso à saúde: um estudo sobre a realidade das mulheres com câncer do colo do útero moradoras de favelas do Rio de Janeiro

RESUMO

O câncer do colo do útero (CCU) é um tipo de neoplasia que possui chances de cura quando diagnosticada e tratada precocemente e o mecanismo de detecção precoce apresenta baixo custo de investimento para o Sistema Único de Saúde. Apesar disso, o Brasil apresenta elevadas taxas de incidência, prevalência e mortalidade por esse tipo de doença, especialmente em áreas com demasiada desigualdade social, como as favelas. Este artigo apresenta uma análise sobre a realidade de acesso à saúde, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento das mulheres com CCU que residem em favelas do município do Rio de Janeiro. No estudo, foram coletadas informações em 44 prontuários de usuárias matriculadas no Hospital do Câncer II, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), entre 01/01/2016 e 01/06/2017, e realizadas 6 entrevistas semiestruturadas. O materialismo histórico foi o referencial teórico utilizado na análise da pesquisa quanti-qualitativa. Como principais resultados, observou-se que o acesso à saúde ficou comprometido por aspectos referentes à integralidade das ações, à qualidade dos serviços públicos de saúde e à intersetorialidade. A maior parte das mulheres eram negras, com baixos níveis de escolaridade e de renda e estavam com CCU em estadiamento avançado no início do tratamento. Assim, o estudo desperta a atenção para a necessidade de ações intersetoriais mais efetivas nos territórios das favelas a partir da intervenção do Estado, compreendendo que os resultados apresentados na pesquisa refletem a desigualdade social inerente à sociedade capitalista periférica, que tem uma evidente demarcação nos espaços urbanos, sobretudo nas favelas.

Palavras - chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Iniquidade Social; Câncer do Colo do Útero

ABSTRACT

Cervical cancer (UCC) is a type of neoplasia that has a chance of cure when diagnosed and treated early and the early detection mechanism presents a low investment cost for the Unified Health System. Despite this, Brazil has high rates of incidence, prevalence and mortality from this type of disease, especially in areas with too much social inequality, such as favelas. This article presents an analysis on the reality of access to health for both diagnosis and treatment of women with CCU who live in favelas in the city of Rio de Janeiro. In the study, information was collected in 44 patient records enrolled in Hospital do Câncer II, from the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (INCA), between 01/01/2016 and 06/01/2017, and 6 semi-structured interviews were conducted. Historical materialism was the theoretical reference used in the analysis of quantitative-qualitative research. As main results, it was observed that access to health was compromised by aspects related to the integrality of actions, the quality of public health services and the intersectoriality. Most women were black, with low levels of schooling and income, and had CCU in advanced staging at the start of treatment. Thus, the study draws attention to the need for more effective intersectoral actions in the territories of the favelas from the intervention of the State, understanding that the results presented in the research reflect the social inequality inherent to peripheral capitalist society, which has an evident demarcation in the spaces especially in the favelas.

Key Works: Access to Health Services; Social Inequity; Cervical Cancer

INTRODUÇÃO

Este artigo coloca em debate a realidade social que determina e condiciona o acesso ao diagnóstico e tratamento das mulheres com CCU, moradoras de favelas do município do Rio de Janeiro, tendo como base de análise o panorama das condições sociais, econômicas e políticas presentes nesses territórios que implicam na dinâmica de acesso dessas usuárias ao Sistema Único de Saúde (SUS). No cenário da saúde pública brasileira, as altas taxas de incidência, prevalência e mortalidade por CCU revelam as iniquidades em saúde, termo embasado na dimensão política do modo como a riqueza é dividida na sociedade¹. Para compreender as dificuldades enfrentadas pelas mulheres em processo de adoecimento por CCU é necessário analisar, de forma crítica, a conjuntura social da política de saúde e a realidade da população usuária do SUS.

METODOLOGIA

Pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada no Hospital do Câncer II (HCII/INCA), tendo como referencial teórico o materialismo histórico, que busca o conhecimento da realidade dos sujeitos a partir da totalidade social, fornecendo subsídios para análise dos dados². Participaram 44 mulheres com CCU que apresentavam no cadastro hospitalar o código C53 (neoplasia maligna do colo do útero) referente à nomenclatura internacional de doenças (CID-10), que moravam em favelas do município do Rio de Janeiro e que foram matriculadas no HCII/INCA entre 01/01/2016 e 01/01/2017. A amostra incluiu as mulheres com idade igual ou maior que 18 anos, virgens de tratamento de CCU e que tivessem sido atendidas pelo menos uma vez pela equipe de Serviço Social, visto a utilização de instrumento próprio desta categoria, a Avaliação Social. Foram excluídas da pesquisa as mulheres que não tinham iniciado o tratamento clínico.

A construção do perfil das participantes foi elaborada mediante o levantamento de dados secundários nos prontuários físico e eletrônico. As variáveis pesquisadas abordavam características demográficas, socioeconômicas, territoriais, clínicas e processo de diagnóstico e tratamento. Os dados obtidos foram inseridos em um banco de dados criado através do software BrOffice Calc, no qual se procedeu à análise descritiva. Adotou-se as abordagens quantitativas e qualitativas por compreender que ambas não se opõem, mas se complementam, interagindo dinamicamente diante da realidade social apresentada³.

Para a interação dos dados do perfil com a investigação do objeto principal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com 6 participantes da pesquisa que fizeram parte da amostra inicial (n= 44), através da amostragem por saturação teórica. As variáveis pesquisadas relacionavam-se ao processo de atendimento na rede pública de saúde para diagnóstico e tratamento de CCU, aos aspectos socioeconômicos e trabalhistas e às questões intersetoriais no território da favela. A seleção das entrevistadas foi conforme a conveniência do fato, através de consulta aos prontuários físicos. Entende-se que a entrevista serve para confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ou

responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado⁴.

As mulheres foram convidadas a participar do estudo através de contato telefônico, sendo a entrevista realizada em dia concomitante à consulta ambulatorial, previamente agendada, com profissional de saúde da unidade hospitalar. A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para compreender os dados qualitativos, possibilitando respostas para questões construídas, podendo confirmar ou não as hipóteses do processo de investigação⁵.

Após a sistematização dos dados coletados, agrupou-se as variáveis, que resultaram nas seguintes categorias de análise: Disponibilidade dos serviços de saúde, Qualidade da oferta dos serviços de saúde e Possibilidade de acesso aos serviços de saúde. Foram transcritas falas das seis participantes, as quais são identificadas por nomes fictícios: Ametista, Esmeralda, Jade, Pérola, Rubi e Safira, a fim de garantir a confidencialidade das participantes da pesquisa, conforme orientações éticas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, em 06/09/2017, por meio do parecer nº2.262.492 e CAAE:72799817.7.0000.5274.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E TERRITÓRIO POPULAR

É notável que o Brasil tem avançado na implementação de estratégias e políticas públicas de controle do CCU, sendo a vacinação contra o HPV (papiloma vírus humano) o mecanismo de prevenção mais recente, ampliando as ações intersetoriais das políticas de prevenção. Entretanto, apesar de apresentar 100% de chances de cura, se diagnosticado e tratado precocemente, com baixo custo para uma detecção precoce das lesões precursoras do câncer, o país apresenta um alto índice de mortalidade por este tipo de neoplasia.

De acordo com a última Estimativa mundial⁶, realizada em 2012 pelo projeto Globocan/IARC, dos 14 milhões de casos novos estimados de câncer, mais de 60% ocorreram em países periféricos. Quanto à mortalidade, a situação agrava-se quando se constata que, dos 8 milhões de óbitos previstos, 70% ocorreram nesses países. No Brasil, para o biênio 2018-2019, estima-se a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. O CCU ocupará a 3ª posição no *ranking* de câncer feminino⁷.

Os altos níveis de incidência e mortalidade por CCU têm acometido as populações mais empobrecidas, realidade das mulheres que moram em favelas e que, supostamente, apresentam dificuldades de acessar os serviços públicos de saúde para prevenção, detecção precoce e tratamento. As condições de vida e de trabalho da população, especialmente, as expressões da questão social advindas das particularidades do território, como a violência urbana, incidem na possibilidade da garantia do acesso à saúde. Essas circunstâncias atravessam o cotidiano das

mulheres que moram em favelas e comprometem o diagnóstico precoce, resultando no ingresso ao tratamento com CCU em estadiamento avançado, com pior prognóstico e condutas terapêuticas mais invasivas e mutiladoras⁸.

Assim, compreender as questões de acesso aos serviços de saúde no território das favelas, a partir da perspectiva da determinação social do processo saúde/doença, torna-se central na atual conjuntura, posto que, são espaços que conformam os interesses do modo de produção capitalista na exploração do trabalho, tendo em vista a correlação de forças das diferentes frações da classe social. No cerne dessa questão, os territórios são considerados como espaços segregados da cidade, esquecidos pelo Estado na execução de serviços, serviços esses que configuram a efetivação de direitos sociais que superem a criminalização da pobreza e os interesses de classes.

As favelas são resultados das relações histórico-sociais que só podem ser apreendidas no conjunto das contradições postas nas relações sociais da sociedade capitalista. São, portanto, espaços urbanos que necessitam ser analisados à luz da luta de classe, como parte integrante da cidade, e não como territórios apartados da dinâmica societária.

A notável segregação urbana presente no Brasil deve ser compreendida a partir da desigualdade social que marca tão profundamente o cenário brasileiro, na manutenção do *status quo* das relações de poder (relações patriarcais) e da importante concentração de renda. Dessa forma, nas metrópoles brasileiras, como o Rio de Janeiro, a segregação urbana assume uma outra característica, ajustada à "nossa" desigualdade social: a profunda disparidade existente entre o espaço urbano dos ricos e o dos pobres, que tem as favelas como sua maior evidência⁹.

A determinação social do processo saúde/doença, a partir da reprodução das relações sociais, se tornou ao longo dos anos uma realidade notória nas favelas do Rio de Janeiro e, conseqüentemente, o acesso aos serviços públicos de saúde é um desafio a ser enfrentado cotidianamente pela rede de atenção à saúde, gestores, profissionais e usuários dos serviços.

As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos são, de fato, uma das particularidades mais marcantes da situação de saúde do Brasil¹⁰. Assim, o território, como parte da dinâmica da sociedade possui evidências concretas da realidade dessas desigualdades, posto que este é permeado pelas contradições inerentes ao modo de produção capitalista.

A CONJUNTURA DE ACESSO À SAÚDE

O acesso garantido, com a efetivação do direito à saúde, associa-se aos aspectos econômicos, sociais e políticos que contribuem para a garantia de uma saúde de qualidade. Assim, é necessário haver interlocução com outras políticas sociais que efetivem seus objetivos e contribuam para o acesso à saúde na dimensão ampliada, seguindo os preceitos da Reforma Sanitária, da intersetorialidade e da qualificação dos serviços prestados à população usuária. Dessa maneira,

infere-se que para transformar o cenário da saúde é necessário ter mudanças estruturais e sociais.

Em estudo realizado sobre rastreamento de câncer do CCU, foi apontado que a política de saúde da mulher não vem sendo cumprida em sua totalidade, especialmente no que se refere à eficácia do controle dessa doença¹¹. Exames periódicos, incentivo a hábitos saudáveis, busca ativa para informação de resultados de exame alterados e informação no nível necessário a cada mulher não estavam sendo garantidos, resultando no elevado número de mulheres com câncer em estágio avançado, muitas vezes não inseridas no fluxo de atendimento oncológico, realidade que confirma os meandros da saúde pública nas grandes periferias do estado.

Essa conjuntura pode ser elucidada pela maioria das mulheres (77,4% Tabela 1) que ingressou no INCA com o tumor em estadiamento avançado (II, III e IV) devido aos obstáculos na rede de serviços, especialmente nas unidades de atenção básica à saúde, realidade semelhante já apontada em outros estudos¹²⁻¹³. A maior parte (47,7%) realizou o preventivo para diagnóstico do CCU nesses locais, seguidas das que fizeram este exame em outras instituições públicas de saúde ou conveniadas com o SUS (31,8%), em instituições privadas de saúde (11,4%) e em ambos os tipos de instituições (9,1%) - Tabela 1. Ademais, 84,1% das participantes da pesquisa chegaram ao INCA através da Clínica da Família, restando 15,9% de encaminhamentos de outros locais (Tabela 1).

Os resultados gerais da pesquisa revelaram que o acesso das usuárias aos serviços de saúde foi perpassado por dificuldades econômicas, sociais e políticas, potencializadas pela realidade do território onde residem, as favelas. Outra questão a ser destacada é a totalidade de usuárias que tiveram o tempo de espera inferior a um mês, entre a autorização da vaga na regulação do Sistema Estadual de Regulação (SER) e a efetivação da matrícula no INCA para início do tratamento. Contudo, a pesquisa mostrou que 45,4% das mulheres tiveram tempo de espera superior a seis meses entre a busca pelo atendimento médico e o cadastro no SER, enquanto, 13,6% levaram até 6 meses. Em 41% não foi possível verificar esta informação (Tabela 1).

Na particularidade do CCU, é importante esclarecer que a “porta de entrada” da regulação em saúde é a rede de atenção básica, sendo feito o cadastro das mulheres no Sisreg (Sistema de regulação de vagas) para referência ao nível secundário, onde serão realizados exames diagnósticos para confirmação do câncer e tratamento de lesões precursoras. Caso haja lesão invasiva, será realizado agendamento de consulta oncológica em unidades de atenção terciária, através do SER, com inserção das solicitações pelas Áreas Programáticas de Saúde e regulação pela Central Unificada de Regulação–REUNI¹⁴.

Logo, observa-se que as principais dificuldades vivenciadas pelas participantes da pesquisa para o ingresso na rede de atenção à saúde estão concentradas no período anterior à realização do cadastro no SER, ainda no âmbito de atendimento na atenção básica e secundária, conforme pressupostos dessa pesquisa.

A taxa de sobrevida de usuárias com CCU está intimamente relacionada ao estadiamento do tumor no início do tratamento, podendo também estar associada a outros fatores (biológicos, idade e prevalência de doenças coexistentes como hipertensão e doenças cardiovasculares) que contribuirão para uma menor possibilidade de receber o tratamento necessário – menos invasivo, associado ao prognóstico¹⁵⁻¹⁶.

O tumor em estágio inicial é fator chave para a sobrevida no início do tratamento oncológico. Sabe-se que a taxa de sobrevida em mulheres com CCU era maior quando a doença era descoberta e tratada em fase inicial¹⁷. Este estudo revelou que as mulheres com tumor em estágio inicial representaram 10% do número de óbitos e tiveram sobrevida maior que 1 ano, após a data da matrícula no INCA. Em contraponto, todas mulheres que tiveram sobrevida menor que 1 ano, após a data da matrícula no INCA, tinham tumor em estadiamento avançado (Tabela 1).

As usuárias que iniciam o tratamento oncológico no HCII com o CCU em fase inicial, representada por 20,5% do universo pesquisado, têm maior possibilidade de realizar tratamento terapêutico menos invasivo ao organismo, como somente a cirurgia (13,6% Tabela 1). Diferentemente destas, as que já estão com a doença em estágio avançado necessitam da adoção de protocolos clínicos mais agressivos, tratamentos combinados, como por exemplo, radioterapia, braquiterapia e quimioterapia (50,0%); radioterapia e quimioterapia (13,6%) ou estes isoladamente (Tabela 1). As sequelas das intervenções dessa natureza podem causar estenose, secura vaginal, menopausa precoce, dispareunia e vaginismo, diminuição da libido, problemas urinários e do trato intestinal¹⁸, comprometendo diversas dimensões da vida da mulher, tanto na sua subjetividade, a sexualidade em si, como nos aspectos mais concretos da vida, conforme declarado pelas entrevistadas:

O que mais me incomoda é essa bolsa dos rins (nefrostomia). Além disso, alterou a minha vida sexual com meu esposo (...) eu acho que não sirvo mais como mulher pra ele. AMETISTA

O tratamento do CCU alterou muito a questão da sexualidade (...) desde a quimio e a radio, eu não sinto mais nada. Não tenho vontade por causa da dor e desconforto também. PÉROLA

Tabela 1: Características das mulheres em relação ao início da atividade sexual, processo de diagnóstico e tratamento de CCU.

INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CCU	N	%
Idade da sexarca	44	100
< 18 anos	24	54,5
≥ 18 anos	15	34,0
Não consta esta informação / não declarado	5	11,4
Tipo de unidade de saúde onde foi realizado o preventivo que diagnosticou o CCU	44	100
Unidades básicas de saúde	21	47,7
Outra IPS* ou conveniada com o SUS	14	31,8
IPRS**	5	11,4
IPS e IPRS	4	9,1

Tempo decorrido entre a procura pelo atendimento médico (devido aos sintomas iniciais do CCU) e o cadastro no SER***		44	100
Até 2 meses		2	4,5
>2 meses a 6 meses		4	9,1
>6 meses a 1 ano		14	31,8
>1 ano		6	13,6
Não consta esta informação		18	41,0
Origem do encaminhamento		44	100
SER – Clínica da Família (unidade básica de saúde)		37	84,1
SER – outra instituição de saúde pública		7	15,9
Judicial / outros		0	0
Tempo de espera entre o cadastro no SER e a matrícula no INCA		44	100
Menor que 1 mês		44	100
Entre 1 e 2 meses		0	0
≥ 2 meses		0	0
Estadiamento do tumor no início do tratamento		44	100
<i>In situ</i>		3	6,8
I		6	13,6
II		18	41,0
III		13	29,6
IV		3	6,8
Tratamentos realizados		44	100
Cirurgia		6	13,6
Quimioterapia		7	15,9
Radioterapia		1	2,3
Cirurgia, quimioterapia, radioterapia e braquiterapia		2	4,5
Radioterapia e quimioterapia		6	13,6
Quimioterapia, radioterapia e braquiterapia		22	50,0
Intervalo de tempo entre a efetivação da matrícula no INCA e o óbito		10	100
≤ 6 meses		2	20,0
De 6 meses a 1 ano		7	70,0
> 1 ano		1	10,0
Estadiamento do tumor no óbito		10	100
Inicial (<i>in situ</i> e I)		1	10,0
Avançado (II, III e IV)		9	90,0
Sobrevida a partir da data de efetivação da matrícula no INCA		10	100
CCU Inicial	≤ 1 ano	0	0
	> 1 ano	1	10,0
CCU Avançado	≤ 1 ano	9	90,0
	> 1 ano	0	0

*Instituição pública de saúde

**Instituição privada de saúde

***Sistema Estadual de Regulação

Fonte: elaboração própria

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em relação ao perfil das mulheres pesquisadas, 45,4% tinham idade entre 18 e 40 anos, ou seja, jovens-mulheres em idade potencialmente produtiva para o mercado de trabalho que tiveram suas vidas transformadas pelo processo de adoecimento e tratamento. As mulheres de 41 a 59 anos representaram 31,8% do total das pesquisadas. As idosas (≥60 anos) constituíram 22,7% desse público. A metade das participantes mantinha relação com cônjuge ou companheiro(a). Entre as 44

usuárias, houve predomínio de mulheres negras (pretas ou pardas), que representaram 65,9%, autodeclaradas, o que condiz com a situação de dificuldade de acesso da população negra aos serviços públicos, já abordada em estudos anteriores¹⁹⁻²⁰ (Tabela 2).

As mulheres com naturalidade da região sudeste do Brasil foram a maioria (47,7%), seguidas das que nasceram na região nordeste (43,1%), o que demonstra o processo de migração da população nordestina para as grandes cidades brasileiras como o Rio de Janeiro e São Paulo, em busca de melhores condições de vida, trabalho, renda e acesso aos serviços públicos, resultado também do êxodo rural condicionado pelo processo de industrialização brasileira que ocorreu na metade do século XX.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito ao baixo nível de escolaridade das usuárias. A maior parte (52,3%) possuía apenas o nível fundamental incompleto. Logo após, estão as que tinham nível fundamental completo (18,2%), seguidas de 15,9% que não sabiam ler nem escrever. As que tinham nível médio completo correspondiam a 11,4%, número maior em relação as que possuíam o nível médio incompleto (2,3%). Ainda que no Brasil as mulheres venham ocupando cada vez mais espaços de trabalho especializados, que exigem maiores anos de estudos, percebe-se que a realidade das mulheres que moram em favelas caminha na contramão da tendência nacional.

Tabela 2: Perfil das mulheres a partir de características sociodemográficas.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Faixa etária	44	100
18 a 25 anos	1	2,3
26 a 40 anos	19	43,1
41 a 59 anos	14	31,8
≥ 60 anos	10	22,7
Naturalidade	44	100
Rio de Janeiro	21	47,7
Demais estados da região sudeste	4	9,1
Nordeste	19	43,1
Demais regiões brasileiras	0	0
Cor da pele/Raça/Etnia	44	100
Branca	14	31,8
Negra (preta ou parda)	29	65,9
Outras	0	0
Não declarado	1	2,3
Escolaridade	44	100
Não lê / Não escreve	7	15,9
Ensino Fundamental Incompleto	23	52,3
Ensino Fundamental Completo	8	18,2
Ensino Médio Incompleto	1	2,3
Ensino Médio Completo	5	11,4

Ensino Superior	0	0
Situação conjugal	44	100
Possui cônjuge / companheiro(a)	22	50,0
Não possui cônjuge / companheiro(a)	21	47,7
Não consta esta informação / não declarado	1	2,3
Usuárias que tinham filhos (as):	44	100
Crianças e/ou adolescentes *	23	52,3
Adultos **	14	31,8
Crianças e/ou adolescentes e adultos	3	6,8
Sem filhos	4	9,1

*Crianças (0 a 11 anos) e adolescentes (12 a 17 anos).

**Adultos (\geq 18 anos).

Fonte: elaboração própria

CONHECENDO A REALIDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A *disponibilidade dos serviços de saúde*, primeira categoria a ser analisada, é fator necessário para prevenir e diagnosticar doenças potencialmente curáveis, como o CCU. Outrossim, a disponibilidade dos serviços nas unidades básicas de saúde das favelas também é condicionada por fatores de ordem econômica, social e política. Esta última dimensão é muitas vezes atravessada pelas ações clientelistas, presentes, ainda, na gestão dos aparatos do estado. Não são raras as vezes em que as referências das unidades de saúde são vinculadas aos “favores” políticos.

Com relação à categoria disponibilidade, verificou-se um fator significativo – a presença de unidades básicas de saúde próximas ao domicílio para a maioria das usuárias (68,1% Tabela 3), conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, enquanto 31,8% não contavam com estas unidades perto da residência (Tabela 3). Contudo, as entrevistadas relataram que o fato de ter unidade de saúde não significava ter serviços disponíveis para ações de prevenção e diagnóstico do CCU, como, por exemplo, atividades socioeducativas direcionadas para a prevenção e consulta com médico ginecologista:

Eu não vejo falarem sobre o câncer do colo do útero. Falam bastante do câncer de mama, mas esquecem do outro. Inclusive no Outubro Rosa, só explicavam sobre o câncer de mama.

PÉROLA

Onde eu moro, o Postinho de Saúde não tem ginecologista, não tem dentista (...)eles atendem mais os idosos, para verificar a pressão e diabetes, coisas assim, mais simples. SAFIRA

A disponibilidade de informações acerca da saúde da mulher, com vistas à prevenção do CCU, pode contribuir para o controle desta doença que tem alto potencial preventivo e curativo. Nesse sentido, a socialização da informação seria estratégia fundamental para a prevenção do câncer do CCU, especialmente em relação ao público adolescente e jovem, tendo em vista a idade do início da atividade sexual e os métodos preventivos, como a vacina contra o HPV para ambos os

sexos – circunstância evidenciada pela maioria das mulheres da pesquisa: 54,5% iniciaram a atividade sexual antes dos 18 anos (Tabela 1).

Reforça-se com isso, que é indispensável a articulação da rede de atenção terciária com a atenção básica e rede intersetorial (educação), na realização de ações informativas/socioeducativas que cooperem para o controle do CCU, com vistas à integralidade e continuidade da atenção em diversos níveis de atuação. A maneira como a população concebe a disponibilidade de serviços, também poderá comprometer a decisão de procurá-los, sendo tal atitude resultado da experiência vivenciada pelos (as) usuários (as), o que tem estreita relação com o que chamamos de qualidade da oferta dos serviços²¹⁻²², fato apresentado pelas mulheres entrevistadas, evidenciando que a disponibilidade do serviço de saúde nas favelas influenciou a procura das usuárias por atendimento ginecológico na rede de atenção básica:

*Eu já deixei de ir lá, pois sabia que não teria médico pra me atender (...). Hoje, se eu precisasse ir à Clínica da Família da minha comunidade, eu não iria., porque a gente vai e nunca tem nada, sempre falta o básico. **JADE***

*Eu tive que pagar para ser mais rápido. No público, demora de 3 a 4 meses pra fazer o exame preventivo. Eu cheguei a fazer algumas vezes no público, mas demora muito, como demora! **AMETISTA***

A segunda categoria, *qualidade da oferta dos serviços*, seria outro ponto determinante tanto para a prevenção quanto para o diagnóstico precoce do CCU. A não garantia da qualidade da oferta de serviços de saúde, nas favelas, contribuiu para o estadiamento do tumor em grau avançado, no início do tratamento no INCA.

A qualidade da oferta compreendida neste trabalho relaciona-se a fatores das dimensões operacional, organizacional e relacional dos serviços de saúde, relatadas pelas participantes da pesquisa, tais como: falta de médicos, relação profissional e usuária, respeito aos horários, tempo de espera entre a marcação da consulta, o atendimento e o resultado do exame, além da qualidade técnica do exame preventivo.

*O meu preventivo estava em dia, só realizava na rede pública (...). Quando cheguei ao INCA falei isso com a médica e ela disse que tinha alguma coisa errada acontecendo, pois diversas pessoas já tinham falado isso, eu não era a primeira (...) Achava que estava tudo certo comigo, e olha como estou agora, com câncer avançado. **SAFIRA***

*O resultado demorava muito pra chegar, às vezes levava 3 meses. **RUBI***

*O horário de atendimento no Posto de Saúde deve melhorar. A gente chega lá muito cedo, às 4h ou 5h da manhã pra ir ao médico, e saímos muito tarde, às vezes só na parte da tarde mesmo. **AMETISTA***

A qualidade técnica na coleta do material, bem como sua interpretação e análise tem intrínseca relação com a decisão correta sobre a linha de cuidado para cada caso, evitando prejuízos

irreparáveis no controle da doença²³. Assim, é importante que profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), assim como profissionais da atenção secundária, estejam capacitados tecnicamente para tal ação, de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento.

Pode-se inferir que a grande rotatividade de profissionais da equipe de saúde é outro fator que interfere na busca pelo acesso ao serviço de saúde, posto que, a ausência ou desconstrução do vínculo entre usuária e profissional de assistência muitas vezes pode provocar insegurança e/ou insatisfação, comprometendo o atendimento para realização do exame ginecológico, conforme identificado nas falas:

*Na Clínica da Família da minha comunidade tem muita rotatividade de médicos. Parece que de três em três meses trocam de médicos. Isso quando tem. **SAFIRA***

*É ruim, porque a gente cria uma identificação, principalmente para este tipo de atendimento, que tem que ter uma confiança no profissional. **RUBI***

As barreiras de fixação dos médicos nas unidades básicas de saúde são aspectos que interferem no vínculo a ser estabelecido entre profissionais e usuários, bem como na relação de confiança entre os mesmos. Ou seja, a credibilidade do serviço público de saúde frente à população usuária precisa assumir novos sentidos, sendo a qualidade da oferta dos serviços parte essencial desse processo. As dificuldades encontradas nas unidades básicas de saúde refletem a precarização do trabalho na saúde, que colocam em xeque a política de saúde enquanto direito social universal e de qualidade. A não procura pelo atendimento na rede pública é uma repercussão dessa circunstância. Assim, as mulheres que têm condições de custear uma consulta e/ou exame na rede privada, acabam optando por essa alternativa, conforme relatos da pesquisa:

*Hoje em dia ter um plano de saúde faz a diferença, com certeza. A gente teria mais acesso, um acesso mais facilitado, porque é algo que pagamos e temos direito de usar. Seria mais organizado e teria mais oportunidades de realizar as consultas. Acho que faria muita diferença no diagnóstico do CCU. **PÉROLA***

*Depois que eu tive o diagnóstico foi muito rápido chegar até aqui, no INCA. Mas eu acho que também foi rápido porque eu fiz o exame que detectou o preventivo na rede privada. **ESMERALDA***

Essa circunstância sugere que os serviços da iniciativa privada ganhem mais visibilidade do que os oferecidos pelo SUS, o que pode ser um fator comprometedor para a defesa desse sistema, saúde como mercadoria em detrimento da saúde pública universal. Sabe-se que o governo brasileiro atua em parceria com o grande capital, sendo esta uma relação de beneficiamento aos interesses do empresariado e dos organismos internacionais. Na área da saúde, há evidências históricas e concretas das parcerias público-privadas, que se iniciaram no período da ditadura militar e ganharam força com os governos neoliberais. A terceirização da rede de atenção à saúde, através dos novos modelos de gestão da saúde, é um exemplo notório da atualidade.

A última categoria de análise, *possibilidade de acesso ao serviço de saúde*, relaciona-se às facilidades e aos obstáculos que são apresentados no cotidiano da população usuária que reside nas favelas, com foco na efetivação das políticas públicas intersetoriais. A pesquisa aponta, a intersetorialidade e a efetividade das políticas públicas como questões determinantes para o acesso ao diagnóstico precoce e tratamento do CCU.

As lacunas ou ausência de políticas públicas eficazes, relativas ao trabalho e renda, transporte, infraestrutura habitacional e segurança, bem como a presença do "terceiro setor" foram fatores que influenciaram a forma de acesso das mulheres que moram em favelas aos serviços de saúde, tanto para o diagnóstico do CCU na rede de atenção básica e secundária, quanto para o tratamento no INCA.

No tocante ao trabalho e renda evidenciou-se que quase a metade das mulheres pesquisadas (45,4%) não possuíam nenhum tipo de renda financeira, enquanto 52,2% tinham rendimentos de até 1 salário mínimo, restando 2,3% das usuárias com renda entre 1 e 2 salários. Este cenário é ainda mais complexo quando percebe-se que a maioria delas (61,3%) não possui vínculo previdenciário e que (52,2%) das mulheres são as principais ou únicas provedoras do lar (Tabela 3).

A participação feminina no mercado de trabalho e a presença em espaços historicamente ocupados por homens evidenciam o caminho de transformação no papel socialmente atribuído às mulheres. Além disso, os reflexos das constantes mudanças ocorridas no mundo do trabalho, que inclinam à flexibilização, ao trabalho terceirizado, precário e desregulamentado, com notoriedade para o aumento do trabalho feminino em diversos países implicam a evidente diferença salarial entre homens e mulheres²⁴.

O trabalho, enquanto elemento central da vida social, apresenta-se cada vez mais multifacetado e precarizado, com o advento da escravidão contemporânea²⁵. O fato é que as mulheres sempre participaram do trabalho remunerado, mas sua ocupação tem sido cada vez mais em postos menos favorecidos e com vínculos de trabalho mais flexíveis e precarizados²⁶. O trabalho remunerado não as isenta das atividades domésticas não-remuneradas, assim, elas estão multiplamente ocupadas com o trabalho remunerado e não-remunerado: fora de casa e dentro de casa.

No que tange as participantes da pesquisa, os postos de trabalhos ocupados por elas ainda são os menos especializados, que exigem baixa escolaridade e que oferecem menores salários e vínculos precarizados. Através dos resultados, verifica-se que: 27,9% declararam trabalhar como domésticas, enquanto 56,8% estavam desempregadas e se reconheciam apenas como “do lar” (Tabela 3). Assim, os vínculos precários de trabalho e o trabalho informal - fenômeno estrutural no modo de produção capitalista, também estão imbricados na possibilidade de acessar um serviço de saúde, conforme declarado por uma entrevistada:

Eu já deixei várias de ir ao médico por causa do trabalho. Tinha medo de faltar e perder o

emprego. AMETISTA

Eu já tive medo de faltar (o trabalho) pra ir ao médico e perder o meu trabalho. ESMERALDA

A questão relativa ao trabalho e renda é significativa ao processo de tratamento, especialmente em relação ao vínculo de trabalho ou ausência dele. Todavia, os resultados revelam que, assim como a maioria das participantes da pesquisa não possui vínculo formal de trabalho nem vínculo previdenciário, a maioria também (52,3%, Tabela 3) possui filhos dependentes, crianças e/ou adolescentes. No tocante à renda familiar, percebe-se que a situação é tão crítica quanto a já citada: 43,2% vivem com renda familiar de até 1 salário mínimo, supostamente para sustentar a si própria, aos filhos e outros membros da rede familiar; 31,8% com renda entre 1 e 2 salários-mínimos, seguida das que tem renda familiar igual a zero (15,9%) e da minoria (6,8%) que vive com renda entre 2 e 3 salários mínimos (Tabela 3).

Acrescenta-se a essa realidade, o baixo número (31,8%) de participantes que moravam com, pelo menos, um membro familiar que possuía vínculo formal de trabalho, sendo todos estes vinculados à Consolidação das Leis do Trabalho-CLT (Tabela 3). Na prática, ainda que seja de suma importância a rede familiar ter vínculo formal de trabalho, a legislação trabalhista necessita de avanços em prol dos trabalhadores, pois esta não prevê direito a licença para acompanhamento de familiar adoecido, seja pelo câncer ou qualquer outro tipo de doença, diferentemente das legislações do funcionalismo público.

Qualquer pessoa acometida pelo câncer necessita de uma rede de cuidados presente e participativa na dinâmica da sua vida, considerando a complexidade do tratamento. A circunstância do adoecimento assume estreita relação com os vínculos trabalhistas no processo de tratamento. Nesse sentido, a renda da família poderá ser comprometida, caso um familiar fique impossibilitado de trabalhar por conta do cuidado com a usuária. Ou seja, a rede familiar é impactada pelo processo de adoecimento, sobretudo quando essa mulher adoecida é chefe de família. Nesse sentido, quando a rede familiar ou social (cuidador principal) é presente, sua participação poderá ser limitada pela questão trabalhista, pois reitera-se que não há respaldo na CLT para acompanhamento de familiar em tratamento oncológico, conforme declarado pelas entrevistadas:

Eu tive dificuldades em fazer o tratamento porque às vezes não tinha ninguém para ficar com meus filhos, todos estavam trabalhando e não podiam faltar. PÉROLA

Eu geralmente venho sozinha para fazer o tratamento, meu marido trabalha e não pode me acompanhar. Queria que ele viesse, mas não pode faltar ao trabalho. RUBI

No que concerne ao transporte, destaca-se que a maior parte das mulheres pesquisadas (61,3%) apresentaram dificuldades de acesso ao transporte público, sendo que para 95,4% delas, este era o principal meio de acesso à unidade de saúde para o tratamento (Tabela 3).

*A questão mais complicada pra mim foi a do transporte, porque nessa situação que eu estou, com metástase, eu não consigo ficar utilizando ônibus. Fico muito debilitada, então tenho que pagar carro, e é muito caro. Quando eu sentia muita dor, no início do tratamento, foi muito difícil pra vir. **PÉROLA***

Aspectos relativos à morosidade na liberação do RioCard Especial (benefício de passagens de ônibus concedido para determinados tipos de tratamento de saúde no município do RJ), bem como a qualidade do transporte do município também foram questões enfatizadas pelas participantes da pesquisa, sobretudo quando se considera as mulheres idosas:

*Eu tive muitos gastos com o tratamento, principalmente na quimioterapia e radioterapia. Tinha que pedir dinheiro emprestado para vir ao hospital, pois estava esperando o cartão do ônibus sair e estava demorando muito. **PÉROLA***

O transporte assume papel diferenciado no processo de tratamento das pessoas adoecidas, especialmente quando o adoecimento é por câncer, que exige um tratamento com rotina intensa de idas e vindas à instituição de saúde. Diante desse cenário de dificuldade de acesso à saúde, torna-se imprescindível mudanças nas legislações que tratam da política de mobilidade urbana, bem como fiscalizações dos órgãos competentes na garantia da qualidade do serviço de transporte.

A violência no território das favelas e a ausência de segurança pública, foi outra particularidade marcante no cotidiano das usuárias na busca pelo acesso à saúde, conforme revelado na fala das participantes da pesquisa:

*Nem sempre o Posto de Saúde fica aberto. Quando tem tiroteio ele fecha, isso acontece quase sempre (...) eu tive dificuldades em cadastrar o Rio Card por conta disso (...) a violência prejudica muito a nossa vida. Nós não temos segurança em nada! **AMETISTA***

*O Posto de Saúde do meu bairro fica no meio de duas favelas, então, quando tem guerra lá, o Posto fecha (...) Eu também fico com medo de sair de casa pra vir ao hospital fazer o tratamento, por causa do crime. **ESMERALDA***

A presença mais visível do Estado nas favelas do Rio de Janeiro encontra-se no trato da violência com a força policial, força essa que não exerce função mediadora ou barreira ao poder paralelo, poder privatizado, caracterizado pelas milícias e organizações criminosas²⁷. Ao contrário, a intervenção do estado na segurança pública nas favelas tem intensificado a criminalização da pobreza, já existente nesses territórios, tornando-se mais um elemento de conflito do que de “pacificação”.

Por último, enfatiza-se a forte presença do “terceiro setor” (associações e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos) como recurso que possibilitou o acesso das participantes da pesquisa ao tratamento oncológico. Esse foi fator condicionante no acesso de 47,7% (Tabela 3) das usuárias ao tratamento oncológico, no tocante ao auxílio passagem para custear o transporte, bolsa

de alimentos mensais, fraldas e absorventes descartáveis e hospedagem em casa de apoio durante a realização da radioterapia.

Todavia, é importante salientar que ações desse setor são pontuais e emergenciais e não substituem os encaminhamentos para as políticas sociais públicas que caracterizam a efetivação de um direito garantido. Mesmo sendo notórias as ações do "terceiro setor" e resolutivas no acesso ao tratamento oncológico de quase metade do público pesquisado, não se pode deixar de afirmar que este, de certo modo, representa a fragmentação das políticas sociais e das lutas históricas dos movimentos sociais por direitos. Assim, torna-se importante questionar sobre a visibilidade que organizações, instituições e associações dessa natureza vêm assumindo no trato das respostas às demandas sociais em detrimento à efetivação das políticas sociais públicas.

Tabela 3: Características socioeconômicas, mobilidade e serviço de saúde.

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA, MOBILIDADE E SERVIÇO DE SAÚDE	N	%
Profissão / Ocupação	44	100
Doméstica	12	27,2
Desempregada /Do lar	25	56,8
Não declarada / outras	7	15,9
Vínculo previdenciário da usuária	44	100
Com vínculo	17	38,6
Sem vínculo	27	61,3
Usuária com pelo menos um membro da família com vínculo previdenciário	44	100
Com vínculo CLT*	14	31,8
Sem qualquer tipo de vínculo	21	47,7
Não se aplica**	9	20,4
Principal renda familiar	44	100
Usuária	23	52,2
Outro membro da família	21	47,7
Renda da usuária em salários mínimos***	44	100
Sem renda	20	45,4
Até 1 S.M.	23	52,2
Entre 1 e 2 S.M.	1	2,3
>2 S.M.	0	0
Renda familiar	44	100
Sem renda	7	15,9
Até 1 S.M.	19	43,2
Entre 1 e 2 S.M.	14	31,8
Entre 2 e 3 S.M.	3	6,8
>3 S.M.	0	0
Não declarada	1	2,3
Usuárias que receberam recursos do “terceiro setor” no período de tratamento	44	100

Sim	21	47,7
Não	23	52,2
Unidade Básica de Saúde próxima ao domicílio	44	100
Sim	30	68,1
Não	14	31,8
Fácil acesso ao transporte público	44	100
Sim	17	38,6
Não	27	61,3
Tipo de transporte utilizado no deslocamento para a unidade de tratamento oncológico	44	100
Transporte público coletivo	42	95,4
Transporte próprio ou de familiares	2	4,5

*CLT – Consolidação das leis do trabalho

** Não se aplica, pois a usuária reside sozinha ou apenas com crianças e/ou adolescentes.

***Valor de referência do salário mínimo (S.M.): 2016 = R\$ 880,00 e 2017 = R\$ 937,00.

Fonte: elaboração própria

CONCLUSÃO

A partir do estudo em tela, percebeu-se que são múltiplas as dificuldades encontradas pelas participantes da pesquisa para o seu ingresso na rede de atenção à saúde, concentrando-se no período anterior à realização do cadastro no SER, ainda no âmbito de atendimento na atenção básica e secundária, conforme pressupostos da pesquisa. Assim, se a atenção à saúde nas redes de serviços não tem sido efetivada, consoante às diretrizes previstas pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na rede de atenção à saúde do país, a magnitude do câncer refletirá em maiores repercussões para o SUS, bem como para as usuárias na alta complexidade, implicando em diagnóstico cada vez mais tardio e minimizando as chances de cura.

A atuação do Estado nas favelas, com vistas a melhoria do acesso aos serviços para o controle do câncer e atendimento às necessidades das mulheres adoecidas por CCU, ficam aquém das necessidades dessa população, tendo em vista a precarização das políticas setoriais. Dessa forma, é necessário assegurar o investimento em ações que promovam a efetivação das políticas públicas já existentes, o que também inclui orçamento financeiro compatível às necessidades apresentadas. Conclui-se que a legislação avançou, significativamente, porém há lacunas no sistema para a completa garantia do direito à saúde pública, universal e de qualidade para a população usuária dos serviços.

REFERÊNCIAS

¹Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. Rev USP São Paulo 2001;51:138-145.

^{2 3 4}Minayo MCS (org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001.

- ⁵Gomes RA. análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 18 ed. Minayo MC (org.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- ⁶Globocan 2012, Documento publicado pela International Agency for Research on Cancer (IARC). <http://globocan.iarc.fr> (acessado em: 21/Out/2017).
- ⁷Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf> .(acessado em 14/Dez/2017).
- ⁸Wunsch VF, Antunes JLF, Boing AF, Lorenzi RL. Physis Rev de Saúde Coletiva 2008;18 (3):427-450.
- ⁹Villaça F. São Paulo: segregação urbana e desigualdade. Rev Estudos Avançados 2011; 25 (71):37-58.
- ¹⁰Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cadernos de Saúde Pública 2006;22[9]:2005-2008.
- ¹¹Girianelli, V, Thuler LCS, Silva GA. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela estratégia saúde da família da Baixada Fluminense. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36 (5):198 – 204.
- ¹²Carmo CC, Luiz RR. Sobrevida de mulheres com câncer de colo uterino diagnosticadas em um centro brasileiro. Rev Saúde Pública 2011; 45 (4):661-67.
- ¹³Thuler LCS. Câncer de colo do útero no Brasil: estado da arte. Rev Bras Cancerologia 2012; 58 (3): 321-37.
- ¹⁴Vidal MLB. O acesso ao tratamento de câncer do colo do útero no SUS para o primeiro atendimento por oncoginecologista. [Tese de doutorado]: Rio de Janeiro: IFF, FIOCRUZ; 2017, 190 p.
- ¹⁵Meira KC, Silva GA, Passos CMF. Efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer do colo uterino. Revista de Saúde Pública 2013; 47(esp.):274-82.
- ¹⁶⁻¹⁷Nakagawa JT, Espinosa MM, Barbieri M, Schirmer J. Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevida e fatores prognósticos em mulheres no Estado de Mato Grosso. Acta Paul Enferm 2011; 24(5):631-7.
- ¹⁸Frigo LF, Zambarda SO. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. Rev Cinergis 2015;16(3):164-168.
- ¹⁹Theophilo RL, Pereira ÉL, Rattner D. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção pré-natal e parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. Ciência e Saúde Coletiva [Online] <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vulnerabilidade-de-mulheres-negras-na-atencao-prenatal-e-parto-no-sus-analise-da-pesquisa-da-ouvidoria-ativa/16143>(acessado em 05/Jan/2018).
- ²⁰Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Saúde em Debate 2013;37(99):571-579.

²¹Carr-Hill RA, Hardman G, Martin S, Peacock S, Sheldon TA, Smith P. A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds. York: Centre for Health Economics, University of York; 1994:147p. <https://ideas.repec.org/p/chy/respap/22cheop.html> (acessado em 18/Fev/2018).

²²Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde 2002:726 p.

²³Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. INCA 2010:40p. http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro_DARAO_uteropdf (acessado em 06/Jan/2018).

²⁴Antunes R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: A perda social da razão do trabalho: terceirização e precarização. Druck G, Franco T (orgs). São Paulo: Boitempo; 2007:485p.

²⁵Antunes R. A sociedade da terceirização total. Rev da ABET 2015; 14(1):6-14. www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/abet/article/download/25698/13874 (acessado em 04/Dez/2017).

²⁶Daniel C. O trabalho e a questão de gênero: a participação de mulheres na dinâmica do trabalho. O Social em Questão 2011; XIV (25/26):323-344.

²⁷Souza e Silva J. Favelas: as formas de ver definem as formas de intervir. Revista Econômica, Rio de Janeiro 2011;13(1):47-57. http://inctped.ie.ufrj.br/spiderweb/dymask_5/5.3-4%20de%20Souza%20e%20Silva.pdf. (acessado em: 22/Dez/2017).