

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO
Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia

JANAÍNA SANTOS PAULISTA

ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA AO
CUIDADO ONCOLÓGICO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

Rio de Janeiro
2019

JANAÍNA SANTOS PAULISTA

**ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA AO
CUIDADO ONCOLÓGICO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Instituto Nacional de
Câncer José Alencar Gomes da Silva como
requisito parcial para a conclusão do
Programa de Residência Multiprofissional
em Oncologia

Orientador: Valéria Cunha

Coorientador: Fernando Lopes Tavares de Lima

Rio de Janeiro

2019

JANAÍNA SANTOS PAULISTA

**Acessibilidade da População Negra ao
Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa**

Avaliado e Aprovado por:

Fernando Lopes Tavares de Lima

Ass: _____

Eliane Santos de Assis

Ass: _____

Maria Luiza Bernado Vidal

Ass: _____

Data: 29/01/2019

RIO DE JANEIRO

2019

RESUMO

Tem-se apontado a persistência de desigualdades raciais na acessibilidade a bens e serviços e de saúde, estando o câncer inserido nesse contexto. O objetivo dessa revisão de literatura integrativa foi analisar, os fatores que impactam a acessibilidade da população negra ao cuidado oncológico no Brasil. A busca foi realizada nas bases *PubMed*, *BVS/Lilacs* e *EMBASE* e foram incluídos artigos originais publicados em português, inglês e espanhol sem limite temporal. Os resultados foram discutidos a partir do tipo de câncer abordado: câncer de mama, câncer ginecológico, câncer de próstata e câncer de cavidade oral. Destacou-se que as desigualdades raciais e socioeconômicas refletem nas ações de acessibilidade ao cuidado oncológico, maioritariamente nos casos de detecção precoce. Independentemente do tipo de câncer, formas de diagnóstico e tratamento, é inegável que a raça está associada à dificuldade de acesso, sendo as condições de vida do paciente negro determinantes para o cuidado oncológico. Há uma necessidade indiscutível que o profissional de saúde estenda seu olhar prioritário para a população negra assim como já faz, rotineiramente, com crianças e idosos, transpondo barreiras de acessibilidade a bens e serviços de saúde.

Descritores: Neoplasias, Saúde das Minorias Étnicas, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Acesso Universal aos Serviços de Saúde

ABSTRACT

It has been pointed out the persistence of racial inequalities in the accessibility to goods and services and of health, being the cancer inserted in this context. The objective of this review of the integrative literature was to analyze the factors that impact the accessibility of the black population to cancer care in Brazil. The search was carried out in PubMed, BVS / Lilacs and EMBASE databases and included original articles published in Portuguese, English and Spanish with no time limit. The results were discussed from the type of cancer addressed: breast cancer, gynecological cancer, prostate cancer and oral cancer. It was pointed out that racial and socioeconomic inequalities reflect on the actions of accessibility to cancer care, mainly in cases of early detection. Regardless of the type of cancer, forms of diagnosis and treatment, it is undeniable that race is associated with the difficulty of access, and the living conditions of the black patient are determinants for cancer care. There is an undeniable need for health professionals to extend their priority to the black population, as it does routinely with children and the elderly, transposing barriers to accessibility to health goods and services.

Descriptors: Descriptors: Neoplasms, Ethnic Minority Health, African Continent Ancestry Group, Universal Access to Health Services

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
METODOLOGIA.....	9
RESULTADOS.....	10
DISCUSSÃO.....	13
Câncer de Mama.....	14
Câncer Ginecológico.....	15
Câncer de Próstata.....	17
Câncer de Cavidade Oral.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

INTRODUÇÃO

No Brasil, o direito à saúde é compreendido como a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis para todos os habitantes, levando ao pleno desenvolvimento do ser humano em sua individualidade. Porém, são comuns as situações que contrastam injustiça social e direitos individuais¹.

A Constituição Federal de 1988 foi a responsável por aprovar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado. Esse sistema foi fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, sendo organizado de forma descentralizada, hierarquizada e com participação comunitária. Dessa maneira, ampliou-se a concepção de saúde e a garantia de acesso ao atendimento tornou-se obrigatória e gratuita a toda população brasileira^{2,3}.

A etimologia, da palavra equidade está próxima a da igualdade, sendo usadas como sinônimos e representando um contraponto para as desigualdades, tanto no âmbito socioeconômico como no de saúde⁴. Entretanto, de maneira consensual na literatura, equidade em saúde reporta-se a noção de que todos os indivíduos na sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu potencial de saúde, visto que de forma prática, ninguém deverá estar em desvantagem para alcançá-lo. Assim sendo, esta refere-se à redução das diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas⁵. Pode-se afirmar que se exercita a equidade ao conceber e implementar serviços de saúde universais, assegurando às classes populares acessibilidade a serviços de melhor qualidade.⁴

Acesso e acessibilidade são conceitos complexos abordados de diversas formas e enfoques que mudam ao longo do tempo e de acordo com o contexto. O presente estudo disserta sobre estes termos, sendo eles complementares entre si na busca pela garantia do cuidado em saúde. Entende-se por acesso, a disponibilidade dos serviços de saúde do ponto de vista da oferta e por acessibilidade a possibilidade concreta de aceder aos serviços ou recursos ofertados⁶.

Segundo Donabedian, a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, pois insere também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados diante da necessidade dos usuários⁷. Sua compreensão vai além da entrada no serviço de saúde, contemplando dimensões socioeconômicas, geográficas, culturais e políticas do contexto social e assistencial, as quais podem constituir barreiras no atendimento dos usuários no SUS. Nota-se, portanto, que acesso e acessibilidade remetem a perspectiva de

equidade pois perpassam pela garantia do atendimento à saúde e ao respeito às necessidades, demandas e especificidades dos indivíduos^{6,8}.

Visto que as iniquidades em saúde são produzidas a partir de inúmeras determinações, as quais devem incorporar elementos éticos contidos em valores morais, ressalta-se a ideia de não discriminação dentro da equidade. A princípio, esta ideia surgiu como uma forma de superar a discriminação por raça/etnia, mas ao longo do tempo outras diferenças encontradas na vida social como religião, gênero e sexualidade, foram incorporadas⁹. Barreiras econômicas e étnico-raciais destacam-se entre os elementos que resultam em iniquidades e intensificam a vulnerabilização dos diferentes grupos⁸.

É notório que afloraram a partir do movimento social dos últimos 50 anos, junto a consolidação do processo democrático ao término do regime militar, políticas nacionais para a promoção de equidade. Soma-se a isso o posicionamento do governo federal para assegurar direitos humanos aos grupos vulneráveis¹⁰. Entretanto, existem dispositivos institucionais que atuam como “políticas de exceção”, delimitando zonas diferenciadas de cidadania conforme raça, classe e gênero e enquadrando indivíduos como sujeitos-objetos de tecnologias, passíveis de serem inseridos ou excluídos de cuidados com o corpo. A exemplo disso, temos a população negra¹¹.

A atual classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em relação ao quesito “cor ou raça”, no qual considera este como um misto de fenótipo e ancestralidade, é dividida em: brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas. O negro é o somatório das populações pardas e pretas e essa identificação é feita por autodeclaração¹². No censo demográfico de 2010, declararam-se negros 97 milhões de pessoas, enquanto 91 milhões consideraram-se brancas. Apesar de ser maioria, os negros constituem a camada mais pobre da população¹³.

Em novembro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou de forma unânime a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN), na qual reconheceu as desigualdades raciais como fatores que interferem no processo saúde/doença/cuidado e morte, e indicou a necessidade de implementar políticas que combatessem as iniquidades. Entretanto, apenas em maio de 2009 a PNSIPN foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo o racismo existente na sociedade brasileira reconhecido como um fator que impacta a saúde^{14,15}.

O racismo é considerado uma realidade ideológica que estrutura relações sociais e concede superioridade de uma raça sobre as demais, levando a propagação da discriminação e do preconceito racial, os quais se manifestam em atitudes racistas conscientes ou

inconscientes. Por ocorrer por meio de políticas sociais, o racismo institucional é visto como o fracasso coletivo de uma organização na promoção de serviços adequados às pessoas, por sua cor, cultura ou origem étnica, inviabilizando avanços efetivos na equidade das ações¹¹.

A PNSIPN, ao reconhecer o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população, elencou diversos objetivos a serem alcançados. Dentre esses, insere: garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta e em particular, das populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde^{14,16}.

De forma geral, a população negra possui menor escolaridade e salários, concentrando-se nos bairros da periferia das grandes cidades e não tendo acesso a inúmeros direitos sociais. O espaço social que homens e mulheres, brancos e negros ocupam na sociedade, atinge diretamente o processo de saúde, doença e morte¹⁷. Estudos apontam precisamente esse perfil de desigualdades raciais no acesso a serviços e a procedimentos em saúde. Observa-se diferenciais de morbimortalidade em alguns contextos como a mortalidade materna e infantil. Soma-se a isso o fato de que algumas doenças que são de maior incidência entre a população negra não são tratadas como um problema de saúde pública^{14,15,17}.

Pesquisas sobre saúde e raça/etnia são escassas mesmo diante da necessidade de evidenciar o impacto do racismo na saúde¹⁸. Acredita-se que um dos motivos seja a esteja na ausência do quesito cor em documentos e dados de saúde, o que não permite seu uso enquanto variável de análise como indicador de raça/etnia. Tal fato não é recente, pois, desde 1973, a Lei 6.015 determina que óbitos e nascimentos contenham raça/cor registrados. Em 1996, o Ministério da Saúde (MS) obrigou esse registro nas declarações de óbito e, no âmbito do SUS, nos registros de morbidade hospitalar, ambulatorial e em doenças de notificação compulsória, o qual apresentou dificuldades de unificação¹⁴.

Apesar das limitações das informações, sabe-se que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam no Brasil 72% das causas de mortes, sendo que 16,3% correspondem às neoplasias. Essas atingem de forma mais intensa indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis como idosos e os de baixa escolaridade e renda¹³. A mortalidade negra é discutida frequentemente em relação a doenças cardiovasculares, causas externas, mortalidade infantil e materna e por HIV/Aids entre mulheres^{14,16,19}, sendo o câncer pouco abordado. Entretanto, estudos já apontam que em mulheres negras o diagnóstico para neoplasias de mama e de colo de útero é feita mais tardiamente em relação às mulheres brancas^{18,20}. Todavia, estes estudos são localizados e fragmentários, apontando a necessidade de análises mais globais^{14-16,19}.

Diante do exposto, acredita-se que ainda há uma carência de informações sobre diferenças de acessibilidade e má qualidade de saúde, que podem colaborar com o quadro da mortalidade dos negros. Questiona-se que, mesmo diante de políticas universais que possibilitam o enfrentamento aos processos de exclusão e buscam diminuir vulnerabilidades, essas não têm sido suficientes para a redução da disparidade racial em saúde. Assim, este estudo objetiva analisar, por meio de uma revisão de literatura, os fatores que impactam a acessibilidade da população negra ao cuidado em oncologia no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão sistemática integrativa, a qual permite a síntese e análise crítica do conhecimento científico sobre determinado tema ou questão norteadora, contribuindo para a prática na saúde baseada em evidência (PBE)²¹.

Para sua elaboração foram percorridas seis etapas²²: 1-identificação do tema e seleção da questão norteadora; 2- estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3- definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização desses; 4- avaliação metodológica dos estudos incluídos; 5- interpretação dos resultados; 6- apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Na primeira etapa, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: Quais fatores que impactam a acessibilidade da população negra ao cuidado em oncologia no Brasil?

Foram incluídos estudos originais disponíveis nas bases *Pubmed*, *BVS/Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e *Embase*. A busca foi realizada no período entre Junho e Setembro de 2018. Foram incluídos os trabalhos brasileiros que abordavam os aspectos relacionados à acessibilidade da população negra ao cuidado em oncologia (promoção, prevenção, tratamento e cuidados paliativos) publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos que não abordaram a realidade da população negra especificamente no Brasil, estudos secundários, carta-resposta, editoriais, dissertações, teses, capítulos de livro, relatos de experiência, assim como aqueles indisponíveis na íntegra. Não foi estabelecido limite temporal das publicações, a fim de abranger um maior número de trabalhos. Foram utilizados os descritores “*African Continental Ancestry Group*”, “*Neoplasms*”, “*Health Services Accessibility*” e “*Brazil*”, associados por meio dos operadores booleanos AND e OR.

Para análise da qualidade dos artigos incluídos, optou-se em aplicar dois instrumentos

complementares: o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skill Programme* (CASP) e o *Agency for Healthcare and Research and Quality* (AHRQ)^{23,24}.

O CASP adaptado contempla 10 itens a serem pontuados: 1) objetivo claro e justificado; 2) metodologia adequada; 3) apresentação e discussão dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção adequada da amostra; 5) coleta de dado detalhada; 6) relação entre pesquisador e pesquisados; 7) aspectos éticos preservados; 8) análise de dados rigorosa e fundamentada; 9) apresentação e discussão dos resultados e 10) contribuições, limitações e indicações de novas questões de pesquisa. Para cada item foi atribuído um valor de 0 (zero) ou 1 (um), sendo o resultado a soma das pontuações, cujo escore máximo é de 10 pontos. Os artigos selecionados foram classificados conforme as pontuações: nível A - 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) ou nível B- 1 a 5 pontos (qualidade satisfatória, porém com risco de viés aumentado).

O AHRQ classifica estudos em sete níveis conforme o nível de evidência: I) revisão sistemática ou metanálise; II) ensaios clínicos randomizados; III) ensaios clínicos sem randomização; IV) coorte e caso-controle; V) revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; VI) único estudo descritivo ou qualitativo e VII) opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades.

RESULTADOS

Foram encontrados 203 trabalhos, sendo excluídos 43 por não abordarem a temática do estudo e 4 (quatro) por serem duplicados. Além disso, 135 foram excluídos por não responderem à questão norteadora, 8 (oito) por serem documentos oficiais e decretos. Assim, foram incluídos para análise 13 artigos, conforme fluxograma apresentado na Figura 1.

Os estudos foram publicados entre 2003 e 2014, sendo que 9 (nove) foram após a aprovação da PNSIPN na CIT. Com isso, supõem-se que a política foi uma indutora de produção científica sobre o tema.

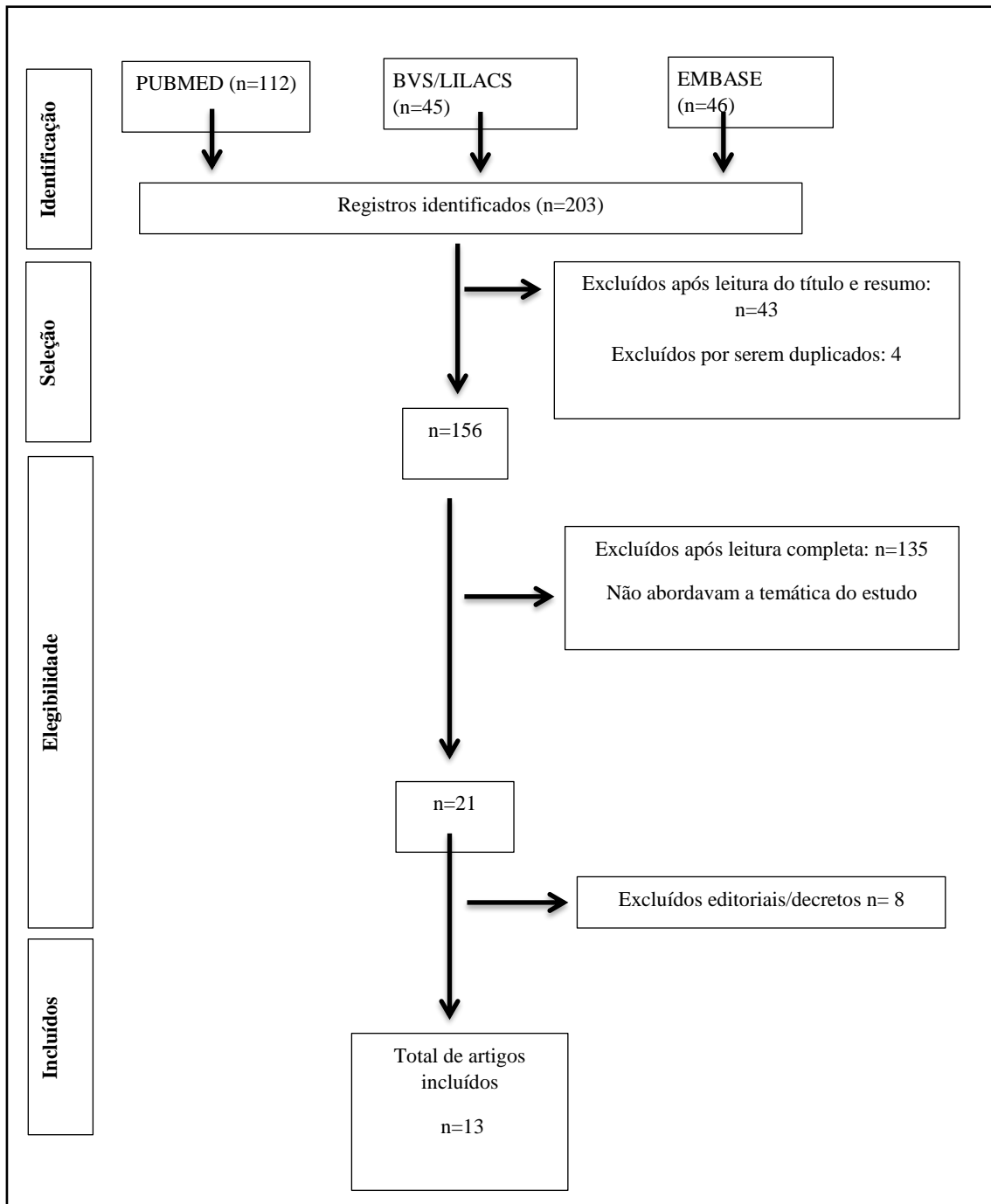


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos para a revisão de artigos (adaptado da Recomendação PRISMA²⁵).

Fonte: dados da própria pesquisa.

Em relação à análise de evidência, identificou-se que 11 trabalhos foram classificados como A no CASP adaptado, apresentando boa qualidade metodológica. Entretanto, pelo AHRQ, identificou-se que 11 estudos foram de nível VI, devido ao tipo de estudo realizado.

A análise dos dados possibilitou extrair informações dos estudos incluídos, os quais foram divididos em tabelas. O Quadro 1 traz uma descrição compilada dos trabalhos incluídos

por: autoria, ano de publicação, desenho do estudo, número de participantes (amostra), objetivos e nível de evidência segundo a CASP adaptado e AHRQ.

Quadro 1: Descrição compilada e níveis de evidência, segundo CASP adaptado e AHRQ, Rio de Janeiro, 2018.

Autor, ano	Desenho do Estudo	Amostra	Objetivo	Evidência CASP /AHRQ
Amorim et al., 2006 ²⁶	Transversal	290 mulheres	Analisar a prevalência da não realização do exame de Papanicolau segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde, em mulheres com 40 anos ou mais de idade, residentes no Município Campinas, São Paulo, Brasil	- Nível A/ VI
Amorim et al., 2008 ²⁷	Transversal	290 mulheres	Analisar a prevalência da não realização do exame clínico das mamas e da mamografia segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde, em mulheres com 40 anos ou mais, residentes na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil	- Nível A/ VI
Antunes et al., 2013 ²⁸	Transversal	8.505 pessoas	Analisar tendências recentes da mortalidade por câncer de cavidade oral, focalizando diferenças quanto a sexo e raça.	Nível A/ VI
Bairros et al., 2011 ¹⁸	Transversal	2.030 mulheres	Investigar o acesso de mulheres negras e brancas aos exames de detecção precoce de câncer de mama e colo de útero (citopatológico), em duas cidades no Sul do Brasil	Nível A/ VI
Boclin et al., 2013 ²⁹	Coorte	1.733 mulheres	Estimar as prevalências de história auto relatada de miomas uterinos segundo características demográficas, socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde	Nível B/ IV
Boclin et al., 2014 ³⁰	Coorte	1.475 mulheres	Investigar se a posição socioeconômica ao longo da vida relaciona-se com a associação entre cor/raça e ocorrência de leiomiomas uterinos	Nível B/ IV
Cesar et al., 2003 ³¹	Transversal	1.302 mulheres	Identificar a prevalência da não realização de exame citopatológico entre mulheres de 15 a 49 anos em algum momento de suas vidas, e identificar possíveis fatores associados à sua não realização	Nível A/ VI

Fonte: dados da própria pesquisa.

Quadro 1. Continuação: Descrição compilada e níveis de evidência, segundo CASP adaptado e AHRQ, Rio de Janeiro, 2018.

Autor, ano	Desenho do Estudo	Amostra	Objetivo	Evidência CASP /AHRQ
Nardi et al., 2012 ³²	Transversal	1.915 homens	Descrever as características epidemiológicas e os padrões de atenção inicial ao câncer de próstata em instituições públicas e privadas do Estado de São Paulo, Brasil	Nível A/ VI
Oliveira et al., 2014 ³³	Transversal	348 mulheres	Analisar os fatores associados a não realização do exame de Papanicolau entre as mulheres quilombolas residentes em Vitória da Conquista, Bahia	Nível A/ VI
Ozawa e Marcopito, 2011 ³⁴	Transversal	969 no primeiro inquérito e 1.125 no segundo	Comparar a cobertura da citologia convencional de Papanicolau em mulheres de 15 a 59 anos entre dois inquéritos domiciliários, relacionando a alguns atributos pessoais e à tendência da mortalidade por câncer de colo do útero	Nível A/VI
Quadros et al., 2004 ³⁵	Transversal	1.730 mulheres	Determinar a cobertura e o foco do rastreamento do câncer do colo do útero (exame de Papanicolau) em uma amostra de base populacional no Brasil	Nível A/ VI
Souza et al., 2013 ³⁶	Transversal	1.349 homens	Investigar fatores relacionados à etnia, nível educacional e sua correlação com o estágio do câncer de próstata e sua influência sobre os resultados do tratamento.	Nível A/ VI
Thuler et al., 2014 ³⁷	Transversal	37.638 casos	Analisar os fatores determinantes do diagnóstico em estadio avançado em mulheres com câncer do colo do útero no Brasil	Nível A/ VI

Fonte: dados da própria pesquisa.

DISCUSSÃO

O maior agrupamento nacional de negros fora da África está no Brasil. Neste país, desde o século XVI, as desigualdades impostas pelo regime escravista foram mantidas pelo sistema político-econômico baseado no capitalismo, o qual manteve a ideologia racista como legitimadora da exclusão social e racial³⁸.

As desigualdades raciais estruturais, ao restringirem a capacidade de inclusão da população negra na sociedade, impedem a construção de um país democrático com igualdade de oportunidades³⁹. Essa desigualdade também se manifesta no acesso aos serviços de atenção

oncológica, mesmo diante de estratégias de combate ao racismo institucional e ações que beneficiem a equidade na saúde⁴⁰

Observa-se que a legalidade de uma proposta não garante a sua implementação, ou seja, não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a Lei⁴¹.

O relato de racismo institucional não foi referido em nenhum estudo, assim como os fatores determinantes de acessibilidade à saúde vinculadas diretamente ao profissional de saúde e a sua autopercepção são discutidos de forma superficial. O racismo se manifesta nas instituições pela dificuldade em reconhecer e abordar os determinantes sociais das condições de saúde, na utilização desagregada de dados para orientar uma tomada de decisão, na definição de prioridades e alocação dos recursos, bem como na ausência de meios de coibição de práticas racistas inadmissíveis¹⁵.

Acesso e acessibilidade aos cuidados em saúde são objetos de análise mundial e conforme sugerem os estudos incluídos na revisão. Em 2015, no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), do total de usuários matriculados, 54% se autodeclararam negros. Diante dos serviços hospitalares disponibilizados, quando se verifica a cor desses usuários por clínicas, a ginecologia seguida pela mastologia, teve o maior número de negros⁴⁰. Esse dado corrobora com as neoplasias que foram foco dos artigos incluídos: mama, colo de útero, próstata e cavidade oral.

Câncer de Mama

O câncer de mama constitui-se como o mais frequente tumor entre as mulheres no Brasil, excetuando os tumores de pele não melanoma. Estima-se 59.700 casos novos por ano para o biênio 2018-2019. A recomendação do Ministério da Saúde (MS) é que se realize a mamografia bienal para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos como forma de rastreio e que aconteça o diagnóstico precoce baseado no tripé: população alerta aos sinais e sintomas suspeitos; profissionais de saúde capacitados na avaliação de casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade⁴².

Diante da possibilidade de detecção precoce e observando a incidência crescente com a idade, Amorim e colaboradores (2008) analisaram os fatores relacionados à não realização da mamografia e do exame clínico das mamas em 290 mulheres com idade a partir de 40 anos. Segundo a pesquisa, não realizar o exame clínico das mamas esteve ligado a não ter

cônjuge e apresentar baixa renda. Por sua vez, não realizar a mamografia nos dois últimos anos que antecederam a entrevista foi associado à mulheres negras com mais de 70 anos e de baixa renda²⁷.

Por se tratar do câncer mais incidente nas mulheres brasileiras, é fundamental que os gestores e profissionais de saúde discutam e estabeleçam medidas que garantam o acesso ao diagnóstico precoce, tendo em vista que ele é determinante no prognóstico. Considerando o princípio da equidade, essas medidas devem considerar estes grupos mais vulneráveis como foco de priorização, como a população negra.

Câncer Ginecológico

No Brasil, o câncer de colo de útero é uma das prioridades da agenda de saúde. O MS recomenda nacionalmente o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 anos e 64 anos, a cada três anos, após apresentar dois exames consecutivos normais. Além disso, desde 2014, é disponível pela rede pública a vacina tetravalente do HPV para meninas de 9 a 13 anos, estendida para os meninos de 11 a 13 anos a partir de 2017. Mesmo diante de formas de rastreamento e detecção precoce, as mulheres ainda apresentam estágios avançados da doença que podem limitar possibilidade de cura⁴².

Até 2015, o câncer de colo de útero foi responsável por 5.727 óbitos, o que justifica a concentração dos estudos desta revisão estarem nesta neoplasia. O principal objetivo dos autores foi analisar os fatores associados à não realização do exame citopatológico. Mais uma vez, as iniquidades de saúde geradas pela cor, idade, renda, nível educacional e ausência de um cônjuge, foram relevantes relacionadas a elementos locais^{26,31,33,35,42}.

Aspectos condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada, e oferta de serviços, ou seja, o meio disponível para as pessoas usarem os serviços com profissionais da área, são nomeados fatores capacitantes para a acessibilidade à saúde⁴³. Estes fatores foram expressivos na análise dos artigos que tiveram a neoplasia de colo de útero como doença de investigação^{26,29-31,33-35,37}.

A não realização do exame preventivo mostrou-se mais elevada em mulheres negras com idade entre 40 e 59 anos, com até 4 anos de escolaridade e renda mensal familiar menor ou igual a quatro salários mínimos. Quanto maior a idade, menor é a probabilidade de realizar o exame^{26,31}. Observa-se que à medida que o nível socioeconômico diminui, aumenta, significativamente, a prevalência de mulheres sem cobertura do exame²⁶.

A relação entre a discriminação racial e as atividades do programa de detecção precoce do câncer de colo foram bastante destacadas pelo estudo de Amorim e colaboradores (2006)²⁶. Os autores relatam que durante o ciclo gravídico-puerperal também há discriminação, visto que mulheres negras e pardas tem menor acesso ao pré-natal, dificuldade no atendimento em maternidade e menor analgesia durante o parto²⁶. Apesar da abordagem do tema, não foram apresentadas possíveis resoluções, fazendo com que o estudo se limitasse ao âmbito descritivo do problema. Para Werneck (2016)¹⁶, o racismo tem relação com as condições que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso as informações e aos bens e serviços, não podendo ser ignorado.

Em estudo de âmbito nacional, identificou-se que a não realização do exame citopatológico (Papanicolau) para prevenção e diagnóstico do câncer de colo de útero esteve associada a não realizar a mamografia e o exame clínico das mamas²⁷. Destacou-se, assim, que há desigualdade racial e socioeconômica da mulher negra no acesso aos exames de detecção precoce de câncer¹⁸. Os motivos da ausência de exame papanicolau foram a compreensão de que é um exame desnecessário e constrangedor, a escassez de conhecimento sobre seus objetivos e a dificuldade de acesso para realizá-lo.²⁶

Dados semelhantes em relação as características sociodemográficas foram encontrados no estudo realizado no extremo sul do país. Neste caso, a rede de serviços é abundante, sendo ofertada em todos os postos de saúde da rede pública municipal a pequena distância dos usuários, não ocorrendo dificuldade de acesso para a população. Entretanto, 57% das entrevistadas em idade fértil nunca realizaram um único exame citopatológico³¹. Entre as barreiras apontadas, destacam-se a falta de conhecimento quanto aos fatores de risco, desconhecimento quanto ao tipo de exame e/ou sua utilidade, concepção de fatalidade da doença, a não priorização frente a outras necessidades, a oposição do marido/companheiro, o tabu por se tratar de um exame pélvico, o longo tempo para obter o resultado e a ideia de que se trata de um exame caro³¹.

Os detalhes sobre a cobertura da realização do exame preventivo foram abordados em três estudos^{34,35,37}. Em estudo realizado em dois momentos distintos, a associação direta entre acessibilidade e políticas públicas foi apontada através da análise da cobertura do exame preventivo. No primeiro momento em que o inquérito foi realizado (1980) não havia a consolidação de um sistema de saúde com equidade. No segundo momento (2001) a população já se beneficiava com a implantação da Constituição de 1988, com Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 e com a Norma Operacional de Assistência à Saúde

(NOAS) de 2001. Identificou-se que a cobertura do exame em 2001 foi 80% superior, quando comparada a 1987³⁴.

Foi expressivo, nesse estudo, o aumento de acessibilidade da população vulnerável, ou seja, mulheres negras, solteiras, de baixo nível educacional, após a reorganização da rede de saúde municipal pelo SUS. Esse dado corrobora com outros autores, que evidenciaram a existência do SUS, como o principal responsável pela realização do papanicolau nesses grupos^{26,33,37}. Todavia, mesmo com esse aumento, questões de oferta e organização dos serviços de saúde, ainda se compõem como barreiras e geram consequências no agravamento do estágio da doença³⁷, como a falta de médicos ou vagas em consultas³⁴.

Ainda no contexto dos tumores ginecológicos, dois estudos trouxeram dados sobre os miomas uterinos (MU), que são neoplasias benignas monoclonais de crescimento lento, considerados como os tumores mais comuns do sistema reprodutor feminino^{29,30}. O MU é mais frequente em mulheres negras e entre aquelas expostas a fatores associados ao aumento de hormônios ovarianos (estrogênio e progesterona). É responsável pela queda na qualidade de vida de mulheres jovens em idade reprodutiva, principalmente devido a cirurgias mutiladoras (histerectomia)^{29,30}. No Brasil, mesmo com políticas governamentais que buscam ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher, considerando especificidades étnico-raciais, ainda há escassez de dados sociodemográficos e de acesso a serviços de saúde para uma análise mais apurada.

Como variáveis marcadoras de acesso e utilização de serviços de saúde, nos dois estudos, foram considerados a realização do papanicolau e do exame de mama, além da origem do atendimento, ou seja, se os entrevistados possuíam ou não plano de saúde^{29,30}. Os resultados vão de encontro com os demais desta revisão, salientando mais uma vez a vulnerabilidade da mulher negra principalmente com baixa escolaridade e seu maior risco de apresentar MU. Um dos estudos investigou ainda se a posição socioeconômica se relaciona com ocorrência de MU e tal fato não foi constatado.

Outro fator importante observado é que até mesmo as mulheres de maior idade são pontuadas como prioridades na busca ativa, mesmo não tendo maior risco de desenvolver esse tipo de câncer, enquanto não há foco de busca ativa voltada para as mulheres negras que agregam o preconceito racial, a vulnerabilização social, a violência sexual e estão mais expostas à sexualização precoce, que é banalizada a partir dos resquícios da escravidão em nossa cultura.

Câncer de Próstata

O câncer de próstata foi discutido em dois trabalhos com abordagens diferentes^{32,36}. Um dos estudos abordou o atendimento ofertado a homens com neoplasia de próstata em instituições particulares e públicas³². O outro analisou a raça e o nível educacional como fatores predisponentes em relação ao diagnóstico e o tratamento no câncer de próstata³⁶.

Por meio de um estudo transversal com 1.915 participantes atendidos pelo setor público (1.026) e privado (889), dados biológicos e sociodemográficos foram comparados³². Os que tiveram o primeiro atendimento em instituições públicas eram negros, tinham maior idade, com antígeno sérico específico da próstata (PSA) elevado e maior probabilidade de metástase. Contudo, foram menos propensos a sofrer prostatectomia quando comparados aqueles que receberam atendimento particular³². Considerando que o câncer de próstata possui altas taxas de sobrediagnóstico e sobretratamento⁴⁴, essa disparidade da assistência em saúde poderia estar refletindo positivamente para os negros, sendo necessários mais estudos que abordem esse fator para uma compreensão mais completa desse fenômeno.

Por sua vez, em um estudo realizado retrospectivamente com 1.349 prontuários, avaliou-se a probabilidade de o paciente apresentar metástase vinculada ao nível de escolaridade e raça. Os resultados apresentaram que pacientes que se autodeclararam negros e com menos de oito anos de escolaridade apresentaram maior chance de metástases. Tal fato vai de acordo com os outros trabalhos, pois, independentemente do tipo de neoplasia, mostra as iniquidades em saúde na população negra³⁶.

Ambos os estudos identificaram as disparidades de acesso ao diagnóstico e tratamento dos homens negros em relação ao câncer de próstata. Diante do pequeno número de trabalhos encontrados fica destacada a necessidade do desenvolvimento de mais estudos que analisem a relação da raça e essa enfermidade, tendo em vista que se trata do câncer mais comum em homens no país⁴².

Câncer de Cavidade Oral

Em São Paulo, um único estudo investigou as tendências de mortalidade de câncer de cavidade oral em relação a gênero e raça. Todos que residem na capital do estado que faleceram por essa neoplasia foram inseridos na pesquisa e as estimativas do censo foram

utilizadas para estratificar o sexo (masculino e feminino) e os grupos raciais (brancos e negros) para análise²⁸.

Os achados apontaram que a mortalidade por câncer oral aumentou nas mulheres em relação aos homens e duplicou entre os negros. Apesar desse aumento ser um problema de saúde pública, pesquisas nacionais permanecem avaliando fatores de risco sem inserir a raça como categoria analítica²⁸.

Sabe-se que o consumo de álcool possui maior prevalência em camadas socioeconômicas mais baixas, e assim como o tabagismo, relaciona-se com um menor nível educacional. Estes fatores explicam o aumento da mortalidade em negros que se concentram em áreas periféricas de São Paulo, evidenciando assim a importância de uma análise que precisa ir além base biológica e que passe a considerar o peso dos estratos sociais. Negros usam menos os serviços preventivos do que os brancos e estão sujeitos a um acesso diferencial por racismo institucional, o que pode explicar o aumento da mortalidade. Ignorar esta análise é um fator que gera resultados negativos na acessibilidade ao cuidado^{28,45}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados destacam que as desigualdades raciais e socioeconômicas refletem nas ações de acessibilidade ao cuidado oncológico. A maioria dos trabalhos abordou a detecção precoce. É inegável que a raça está associada à dificuldade de acesso, independentemente do tipo de câncer e de seus diferentes fatores de risco, formas de diagnóstico e tratamento.

As condições de vida do paciente negro são determinantes para o cuidado oncológico. Algumas barreiras de acessibilidade são consideradas supostamente intransponíveis, como a idade e a raça, entretanto as dificuldades relacionadas à acesso, transporte, cultura, política e serviços são passíveis de superação e/ou decisão por parte dos gestores e profissionais.

Cabe ponderar que acesso à recursos tecnológicos, questões culturais e de religião não foram abordadas como barreiras para a população negra nos estudos analisados, mesmo sendo considerados determinantes estruturais de iniquidades em saúde. Tal fato pressupõe que os pesquisadores não consideram essa questão como possibilidade de análise e, a partir disso, não foi proporcionada essa escuta.

Por fim, vale destacar que a identificação e classificação do quesito “cor” não pode ser apenas uma escolha pessoal do pesquisador, pois pode gerar viés nos resultados e direcionar

ações prioritárias de saúde que sejam desfavoráveis aos vulneráveis. Há uma necessidade indiscutível que o profissional de saúde estenda seu olhar prioritário para a população negra assim como já faz, rotineiramente, com crianças e idosos, transpondo barreiras de acessibilidade a bens e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1986.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Brasil. *Constituição Federal*. Brasília: Congresso Nacional; 1988.
4. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS Bol Inst Saúde Impresso* 2010; 12(2): 109–114.
5. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *Int J Health Serv* 1992; 22(3): 429–445.
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(suppl.2): S190-S198.
7. Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.
8. Trad LAB, Castellanos MEP, Guimarães MCS. Accessibility to primary health care by black families in a poor neighborhood of Salvador, Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica* 2012; 46(6): 1007–1013.
9. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health* 2006; 27: 167–194.
10. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JIJ. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Cienc Saúde Colet* 2017; 22(5): 1397–1397.
11. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface - Comun Saúde Educ* 2012; 16(40): 121–134.
12. Anjos G. A questão cor ou raça nos censos nacionais. *Indicadores Econômicos FEE*. 2013; 41(1): 103-118.
13. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comun Saúde Educ* 2010; 14(34): 593–606.

14. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a promoção de equidade*. Brasília: FUNASA; 2005.
15. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saude Debate*. 2013; 37(99): 681–690.
16. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude e Soc* 2016; 25(3): 535–49.
17. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cienc Saude Colet* 2005; 10(1): 71–80.
18. 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.
19. Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. *Saúde da população negra*. Brasília: ABPN; 2012.
20. Lucena LT, Zân DG, Crispim PTB, Ferrari JO. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2011; 2(2): 45–50.
21. Callahan JL. Constructing a Manuscript: Distinguishing Integrative Literature Reviews and Conceptual and Theory Articles. *Hum Resour Dev Rev* 2010; 9(3): 300–304.
22. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enferm* 2008; 17(4): 758–764.
23. Library Services - University of Kent [Internet]. Canterbury: University of Kent [citado 21 dez 2018]. Disponível em: <https://www.kent.ac.uk/library/>
24. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, Giuliano K, Havener P, Sheridan EA. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res* 1998; 11(4): 195–206.
25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Douglas GA, The PRISMA Group. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol E Serviços Saude* 2015; 24(2): 335–342.
26. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Factors associated with women's failure to submit to Pap smears: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11): 2329–2338.
27. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(11): 2623–2632.
28. Antunes JLF, Toporcov TN, Biazevic MGH, Boing AF, Bastos JL. Gender and racial inequalities in trends of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica* 2013; 47(3): 470–478.

29. Boclin KLS, Faerstein E, Boclin KLS, Faerstein E. Prevalence of self-reported medical diagnosis of uterine leiomyomas in a Brazilian population: Demographic and socioeconomic patterns in the Pro-Saúde Study. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(2): 301–313.
30. Boclin KLI, Faerstein E, Szklo M. Does life-course socioeconomic position influence racial inequalities in the occurrence of uterine leiomyoma? Evidence from the Pró-Saúde Study. *Cad Saude Publica* 2014; 30(2): 305–317.
31. Cesar JA, Horta BL, Gomes G, Houlthausen RS, Willrich RM, Kaercher A, et al. Factors associated with non-participation in screening for cervical cancer in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(5): 1365–1372.
32. Nardi AC, Reis RB, Zequi SC, Nardoza A. Comparison of the epidemiologic features and patterns of initial care for prostate cancer between public and private institutions: a survey by the Brazilian Society of Urology. *Int Braz J Urol* 2012; 38(2): 155–164; discussion 164-166.
33. Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. *Cienc Saude Colet* 2014; 19 (11): 4535–4544.
34. Ozawa C, Marcopito LF. Teste de Papanicolau: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. *Rev Bras Ginecol e Obstetrícia* 2011; 33(5): 238-245.
35. Quadros CAT, Victora CG, Costa JSD. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(4): 223–232.
36. Souza ABC, Guedes HG, Oliveira VCB, Araújo FA, Ramos CCO, Medeiros KCP, Araujo RF. High incidence of prostate cancer metastasis in Afro-Brazilian men with low educational levels: a retrospective observational study. *BMC Public Health* 2013; 13: 537.
37. Thuler LCS, Aguiar SS, Bergmann A. Determinantes do diagnóstico em estadio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol e Obstetrícia* 2014; 36(6): 237–243.
38. Martins RB. *Desigualdades raciais e políticas de inclusão racial: um sumário de experiência brasileira recente*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social; 2004.
39. Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(suppl.): S57-S65.
40. Assis ES, Lima RCM. Serviço social na saúde e questão racial: análise preliminar do acesso da população negra à atenção oncológica. In: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social: a experiência do assistente social em oncologia*. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
41. Buss PM. Saúde e Democracia: A luta do CEBES. *Cienc. saude colet* 1998; 3(1): 1998.

42. Instituto Nacional do Câncer José Gomes Alencar. *Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
43. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Q* 2005; 83(4): e1-e28.
44. Delpierre C, Lamy S, Kelly-Irving M, Molinié F, Velten M, Tretarre B, et al. Life expectancy estimates as a key factor in over-treatment: The case of prostate cancer. *Cancer Epidemiol* 2013; 37(4): 462–8.
45. Wünsch Filho V, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 175–187.