



Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI

III SINESPP

20 a 24
OUTUBRO
2020

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS
Democracia, desigualdades sociais e políticas públicas no capitalismo contemporâneo

EIXO TEMÁTICO 1 | ESTADO, MOVIMENTOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

A POLÍTICA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL: breves considerações sobre o câncer do colo do útero

THE NATIONAL POLICY FOR CANCER PREVENTION AND CONTROL IN BRAZIL: brief
considerations on cervical cancer

Gisélia Maria da Silva Carvalho¹
Lúcia da Silva Vilarinho²

RESUMO

O presente artigo versa sobre uma das maiores problemáticas de saúde da mulher, que é o câncer do colo do útero. Evidencia aspectos do percurso histórico de construção e desenvolvimento da política de atenção à saúde da mulher no Brasil, com enfoque analítico da Política Nacional de Controle do Câncer. Trata-se de pesquisa bibliográfica e documental com objetivo de refletir sobre os marcos que impulsionaram a criação da referida política pública, e sua importância para eliminar barreiras e possibilitar às mulheres acesso ao diagnóstico, tratamento e prevenção.

Palavras-Chave: Prevenção. Controle. Câncer do Colo do Útero.

ABSTRACT

This article deals with one of the biggest health problems of women, which is cervical cancer. It highlights aspects of the historical path of construction and development of women's health care policy in Brazil, with an analytical focus on the

¹ Assistente Social da Fundação Municipal de Saúde-FMS, Teresina-PI; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: gisams10@hotmail.com.

² Professora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. Doutora em Desenvolvimento e Meio ambiente pela rede PRODEMA/UFPI; Docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: luvilarinho@uol.com.br.

National Cancer Control Policy. This is a bibliographic and documentary research aimed at reflecting on the milestones that drove the creation of the aforementioned public policy, and its importance for eliminating barriers and providing women with access to diagnosis, treatment and prevention.

Keywords: Prevention. Control. Cervical Cancer.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desse artigo é apresentar, de forma breve, como a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas de saúde e de que forma essa incorporação contribuiu para a construção da política voltada para o controle do câncer no país, em especial o câncer do colo de útero. Trata-se, portanto, de pesquisa bibliográfica e documental, com objetivo de refletir sobre os marcos que impulsionaram a criação da referida política pública e sua importância para eliminar barreiras e possibilitar às mulheres acesso ao diagnóstico, tratamento e prevenção.

2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER FEMININO NO BRASIL: o início da política nacional

No Brasil, a saúde da mulher só foi incorporada às políticas públicas de saúde nas primeiras décadas do século XX, ainda restrita às demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2004; OHL et al. 2016). Os programas materno-infantis traduziam uma visão da mulher baseada apenas em sua “especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares” (BRASIL, 2004, p. 15).

Conforme Brasil (2004), muitos estudos apontavam que esses programas baseavam suas ações, de forma reducionista, no caráter protetivo proporcionado pelo cuidado materno. De algum modo, entendia-se que a saúde da mulher se resumia ao período gravídico e puerpério, sendo deixadas de lado as demais fases do seu ciclo de vida. É importante destacar que não havia integralidade nas e das ações, o que suscitou mudanças na forma de conceber as políticas públicas voltadas para esse segmento. Segundo Brasil (2004, p.16), diante de vários questionamentos quanto a esse imperativo, foi tencionado que:

a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida.

Corroborando essa perspectiva, como assinala Farah (2004), com o engajamento das mulheres nos movimentos sociais, a fim de garantir a democratização no campo decisório, com a incorporação também, de vários novos atores como usuários/beneficiários das políticas públicas, trilhou-se um novo entendimento das reais situações de vida enfrentadas por esse segmento populacional e assim, se desenhando uma política pública com corte de gênero voltada para a mulher:

Ao mesmo tempo que denunciavam desigualdades de classe, os movimentos de mulheres – ou as mulheres nos movimentos – passaram também a levantar temas específicos à condição da mulher como direito a creche, saúde da mulher, sexualidade e contracepção e violência contra a mulher (FARAH, 2004, p. 51).

Nesse sentido, nota-se que foram sendo criadas várias normativas que pudessem dar conta dessa incorporação de gênero na elaboração de políticas públicas voltadas para o público feminino. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, criado em 1984, é fruto dessa necessidade e pode contemplar princípios como a integralidade e a equidade da atenção.

Assim, o então programa voltado para a saúde da mulher

incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004, p.17).

Por outro lado, a criação de uma política voltada para o controle do câncer somente teve início na década de 1940, a partir da criação do Serviço Nacional do Câncer (SNC), no ano de 1942 (TEMPERINI, 2012), que incorporou a doença à pauta das ações de saúde pública e várias leituras sobre a temática remontam que o controle do câncer

no país se origina a partir de iniciativas profissionais que trouxeram para o Brasil, a citologia e a colposcopia, (INCA, 2016). Essas ações iniciais eram orientadas, quase exclusivamente, para o diagnóstico e o tratamento da doença. Conforme INCA (2008, p.162), isso se deu porque:

A pouca importância dada à prevenção se justificava, em parte, pela insipiência do conhecimento sobre a etiologia do câncer. Durante a primeira metade do século XX, fortaleceu-se entre cirurgiões a ideia de que, quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento da doença, melhor seria o prognóstico dos doentes, iniciando-se assim a preocupação com a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer.

Marcada pelo desenvolvimentismo e por importantes modificações na política de controle da doença no país, a década de 1950, mais precisamente o ano de 1956, representa um marco regulatório para o início de ações de combate ao câncer, em especial o do colo do útero, pois é permeado pelo conceito ampliado de Saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1948, que aborda os aspectos biopsicossociais. No governo de Juscelino Kubitschek, foi construído o Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – atualmente integrado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), o qual tinha como objetivos atender aos casos de câncer de mama e do aparelho genital feminino (Cervicouterino). Essa fundação surge numa época em que o Estado se constitui como o principal instrumento no planejamento e no manejo de respostas às questões relativas à pobreza, imposta pela incorporação do capitalismo associado à “imagem de progresso e modernização por meio da industrialização” (TEMPERINI, 2012, p. 340). É o período, como assinalam alguns autores de início da intervenção do Estado brasileiro na área da saúde, que corresponde também ao momento de consolidação da política nacional nesse campo, marcado pela “ampliação dos gastos com a assistência médica pela previdência social. (BRAVO e MATOS, 2009, p. 29).

O período seguinte é assinalado pela euforia do Milagre Econômico, que perpassa, também, a gestão das políticas públicas e caracterizado pelo aprofundamento do capitalismo. A saúde adquire caráter nacional e é dividida em setores: saúde pública e medicina previdenciária. Como resquício dessa conjuntura, de 1967 a 1968, é institucionalizada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer e iniciado um programa

de controle do câncer do colo do útero para a cidade de Campinas e região, com base institucional na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Nota-se que, no início dos anos 1970, outras iniciativas foram adotadas, dando abertura a outros programas pelo país. Um exemplo, foi o programa que atingiu vários municípios do Estado de São Paulo, com base na Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia, hoje denominada Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), e no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC). Já entre os anos 1972 e 1975, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer destinado ao enfrentamento do câncer de maneira geral, mas que priorizou o rastreamento do câncer do colo do útero. Essa ação pode ser considerada a primeira de âmbito nacional promovida pelo Ministério da Saúde (INCA, 2016).

Como já assinalado, no início dos anos 80, com a criação do PAISM – Programa de assistência Integral à Saúde da Mulher - no Brasil, as mulheres passaram a ser contempladas em vários aspectos, incluindo-se, então, todas as faixas etárias, ciclos da vida, a participação em diversos papéis na sociedade e os seus problemas e necessidades de saúde. Foi considerado um programa pioneiro no cenário mundial e, a partir de então, deu-se início às mudanças das políticas voltadas à saúde da mulher, deixando de ser apenas voltada para o ciclo gravídico-puerperal (INCA, 2016). Ressalva-se também, que a criação desse programa e o desenho da política se concretizam em um período de eclosão dos movimentos sociais com a revitalização da sociedade civil e a constituição de novos atores na luta pela redemocratização do país.

Como resquício desse período, em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia - o PRO-ONCO, que elaborou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, cuja finalidade era identificar as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia. Incluíam-se a integração entre os programas existentes, entre estes e a comunidade, a efetivação do atendimento às mulheres, a ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de Citopatologia, e por fim, a articulação da rede primária com os serviços de níveis secundário e terciário para o tratamento (INCA, 2016). Nesse período, também ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, principal marco histórico na trajetória da política

pública de saúde do Brasil, com aprovação das bandeiras de luta pela Reforma Sanitária, cujas recomendações serviram de base para reformulação da Constituição Federal de 1988 e para a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro – SUS.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde assumiu a coordenação da política de saúde no país e o INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporando o PRO-ONCO. Essa decisão corrobora o processo de implantação e operacionalização do SUS, nos anos 90, caracterizado pelo aprofundamento da descentralização, isto é, da municipalização e, a nível federal, pela adoção de medidas de fortalecimento da atenção básica em saúde, cujo Programa Saúde da Família – PSF aparece como estratégia prioritária para reorientar o modelo de atenção (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2009).

SILVA et. al (2017) acentua que até a implantação do SUS, houve uma expansão significativa de serviços, instituições e hospitais voltados para o câncer no país. Além disso, o autor assevera que, como resultado de um longo período de expansão da lógica privatista, médico-hospitalocêntrica e de medicina liberal, especialmente após o Golpe Militar de 1964, acumularam-se muitas questões conjunturais, que inviabilizaram a organização do sistema de saúde e a garantia efetiva da política pública de controle do câncer no Brasil.

Entende-se que desse modo, e diante da manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino, o INCA elaborou, ao longo de 1996, um projeto-piloto chamado “Viva Mulher” , dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Ademais, foram desenvolvidos vários protocolos com o intuito de padronizar a “coleta de material para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica, sendo introduzida também a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer” (INCA, 2016, p. 17).

Com base nesse projeto, as ações foram expandidas para todo o país já com a denominação de Programa Nacional de Controle do Colo do Útero – Viva Mulher, sendo desenvolvido em duas fases de intensificação. A primeira foi no período de agosto a setembro de 1998, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das

competências nos três níveis de governo. Outrossim, foram instituídos o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero e o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), em 1999. Em 2002, foi realizada a segunda fase de intensificação do Programa Nacional de Controle do Colo do Útero – Viva Mulher, que compreendeu o período de fortalecimento e qualificação da rede de atenção primária, e ampliação dos centros de referência que priorizou mulheres que nunca haviam realizado o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos. Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde.

No ano de 2010, diante da persistência e relevância epidemiológica do câncer do colo do útero no Brasil e sua magnitude social, o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho, coordenado pelo INCA, com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. O resultado das discussões, as conclusões e recomendações foram reunidas no Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero: Sumário Executivo, publicado pelo INCA, em 2010 (INCA, 2016).

Ressalva-se ainda, que a priorização do controle do câncer do colo do útero foi reafirmada em março de 2011, com o lançamento de ações para o fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento, e em junho desse mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde; entre elas, a Rede de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e Mama. Fazem parte, também, dessas ações, a publicação das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero com a revisão e atualização das recomendações de conduta clínica existentes na Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais de Condutas Preconizadas e a instituição do Sistema de Informação de Câncer (Siscan) no âmbito do SUS.

Em 2013, tem-se dois importantes avanços no desenho da política de controle e prevenção do câncer do colo do útero, o primeiro trata-se da redefinição da Qualificação

Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, por meio da portaria GM/MS nº 3.388, de 30 dezembro de 2013. O QualiCito consiste na definição de padrões e avaliação de qualidade concernente ao exame citopatológico do colo do útero, através do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços. O segundo foi a promulgação da Portaria 876/GM do Ministério da Saúde(16/05/2013), que dispõe sobre a aplicabilidade da lei dos 60 dias (lei 12732, de 22/11/2012), como ficou conhecida, em que se prevê atendimento imediato do paciente com neoplasia maligna comprovada, no prazo de 60 dias, cujo primeiro tratamento oncológico no SUS deverá ser iniciado dentro desse prazo. Conforme a lei, o primeiro atendimento deverá ocorrer a partir dos 60 dias em que o laudo patológico foi assinado. No entanto, contrariando esse preceito, a portaria previa o início do prazo contado apenas a partir da data do registro do diagnóstico no prontuário do paciente. Há de se notar que, uma das muitas críticas ao atendimento dos pacientes oncológicos pelo SUS gira em torno desse ponto: a demora para diagnosticar e tratar.

Já o ano de 2014 foi marcado por duas ações fundamentais: a primeira foi a definição dos Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC), dos Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM), os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação e os critérios para a habilitação das unidades, além da definição dos exames necessários para o diagnóstico desses dois tipos de câncer. A segunda foi o início da campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o papilomavírus humano (HPV), e o lançamento, pelo Programa Nacional de Imunização do Guia Prático sobre HPV – Perguntas e Respostas buscando esclarecer as principais dúvidas sobre o tema.

Apesar dos avanços conquistados na implementação da Política Nacional, o câncer do colo do útero ainda tem sido considerado um problema de saúde pública.

3 DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO: novos contextos

Segundo estudos do INCA (2019), a estimativa para o Brasil, de novos casos de câncer do colo do útero, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2019). Estes dados têm indicado também que, excluindo-se os cânceres de pele não melanoma, o câncer de colo uterino é o segundo mais incidente nas Regiões Norte (21,20/100 mil), Nordeste (17,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,92/100 mil). Já na Região Sul (17,48/100 mil) e Região Sudeste (12,01/100 mil), ocupa a quarta e a quinta posições, respectivamente. No Piauí, para 2020, a estimativa é de 590 casos, sendo 220, somente em Teresina e responsável por 311 mil óbitos por ano no mundo (INCA, 2019). Por outro lado, a mortalidade por esse tipo de neoplasia tem diminuído muito no Brasil, principalmente nas capitais (INCA, 2018). Apesar dos avanços tecnológicos na área da prevenção e diagnóstico precoce, muitas pessoas chegam a iniciar o tratamento, com a doença em estágio bastante avançado, o que tem impossibilitado um prognóstico satisfatório, diminuindo consideravelmente as possibilidades de cura (NOGUEIRA; SILVA, 2008).

Uma das principais formas de prevenção envolve o uso de preservativos e a vacinação contra HPV, além do estabelecimento de ações de promoção à saúde e diagnóstico precoce. Esse último é o tipo de neoplasia que apresenta maior potencial de prevenção e cura, sendo seu diagnóstico realizado por meio do exame citopatológico ou Papanicolaou.

Essa neoplasia tem um prognóstico bom quando diagnosticada e tratada precocemente. A detecção precoce do câncer de colo do útero faz parte das ações de prevenção secundária, cuja principal estratégia é o rastreamento de mulheres sexualmente ativas por meio do exame citopatológico do colo uterino ou teste de Papanicolaou. A efetividade desse programa está relacionada com taxas de cobertura maiores que 80%. Avalia-se que essa cobertura possa diminuir pela metade a mortalidade por câncer cervical (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011, p. 1312).

Nota-se que, um dos principais problemas enfrentados pela saúde pública, em especial pelo Sistema Único de Saúde – SUS é exatamente a dificuldade enfrentada pelas mulheres para acessar os serviços de detecção precoce, pois no Brasil, o padrão de rastreamento adotado é, majoritariamente, oportunístico, ou seja, é realizado “apenas quando a mulher procura o serviço de saúde por outras demandas” (CARVALHO et al., 2018, p. 688).

Desse modo, entende-se que um dos problemas dessa lógica de rastreamento é a realização de exames em mulheres fora da faixa etária alvo (25 a 64 anos) e em intervalos inferiores ao preconizados pelo Ministério da Saúde :

o rastreamento do câncer do colo de útero no Brasil permanece ocorrendo de modo predominantemente oportunístico e não sistemático, gerando multiplicidade de exames num mesmo indivíduo. Conseqüentemente, um número pequeno de pacientes é excessivamente rastreado (sobretudo as mais jovens), e um número grande de mulheres, não – provavelmente as de maior risco (FONSECA et al, 2010, p. 390-391).

Segundo o INCA (2019), a estimativa mundial aponta que o câncer do colo do útero foi o quarto mais frequente em todo o mundo. Seu diagnóstico, tratamento e prevenção tem se tornado um dos principais desafios a ser enfrentado pelas políticas públicas, não somente pelas diferenças regionais desse segmento populacional, mas sim pelas especificidades que levam as mulheres a não terem ou não se permitirem ter acesso aos serviços de saúde (detecção, controle e prevenção), bem como pela necessidade de melhorar esse acesso, estabelecendo-se assim, ações em todos os níveis de atuação.

Alguns estudos, como o de SOUZA; COSTA, (2015), apontam como principais fatores que dificultam as práticas preventivas a questão do desconhecimento e representações sobre a doença e sobre o exame Papanicolaou, fatores relacionados à acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde, as práticas de cuidado da saúde sexual, além de fatores imbricados nas relações de gênero e na forma como a sociedade foi estruturada, tais como os advindos das atitudes dos parceiros, o medo da dor e os pudores relacionados à exposição do corpo (SOUZA; COSTA, 2015, p. 344), entre outras barreiras.

O problema de acesso aos serviços não se restringe aos fatores socioeconômicos, diz respeito também à forma pela qual estes serviços estão organizados e como são ofertados:

a realidade social tem significados específicos e uma estrutura de grande relevância para as pessoas que vivem, pensam, agem e interagem. não se pode negar que a percepção dessas mulheres sobre a prevenção e os sintomas da própria doença estão vinculados às relações com os serviços de saúde, com a família, com os amigos e são *influenciados pela cultura, pelo

trabalho e pela vulnerabilidade diante da exclusão social. (SILVA, et al. 2018, p.105)

Infere-se, sobre o tema, tratar-se de uma questão grave de saúde pública cujas barreiras de acesso são inúmeras e de ordens diversas. Além disso, requesita ações que contemplem a eliminação dessas barreiras, principalmente às referentes ao diagnóstico, ao rastreamento, mas também, relacionadas à forma como a mulher é tratada nos serviços de saúde, e como a informação da doença chega até ela.

CONCLUSÃO

O câncer do colo do útero tem se tornado um dos grandes problemas de saúde mundial, não só pela magnitude dos seus números, mas também pelas dificuldades encontradas para se traçar o diagnóstico, o tratamento, e sua prevenção.

Observa-se, portanto, que a Política Pública de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil tardou em se concretizar e, mesmo no presente, verificam-se barreiras estruturais e de cunho privado que dificultam, por exemplo o alcance da cobertura da vacina do HPV. A própria dificuldade de acesso aos serviços de saúde encontrada por muitas mulheres no SUS, tem dificultado o diagnóstico precoce. O tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento são bem superiores ao estimado, inviabilizando um prognóstico de cura, corroborando ainda mais a necessidade de mudanças na forma de se pensar essa política pública. Destarte, é preciso entender como a mulher acessa os serviços de saúde e quais barreiras são encontradas nesse processo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004. 82 p.

BRAVO, M.I; e MATOS, M. C de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. IN: BRAVO, M.I et al. **Saúde e Serviço Social**. 4 ed. : Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009, p.25-47.

CARVALHO, Priscila Guedes de; O'DWER, Gisele and RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento

do câncer de colo uterino. **Saúde debate** [online]. 2018, vol.42, n.118, pp.687-701. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811812>.

DE SOUZA, Aline Ferreira; COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia** [Internet]. 31º de dezembro de 2015 [citado 3º de outubro de 2019]; v. 61 n. 4 (2015): Out/Nov/Dez. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/220>

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, Apr. 2004. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000100004&lng=en&nrm=iso. access on 29 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2004000100004>

GASPERIN, SI; BOING, AF; KUPEK E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, 2011, vol.27, n.7, pp.1312-1322. ISSN 0102-31

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA(BRASIL). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro : INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA(BRASIL). **Exposição Digital A mulher e o câncer do colo do útero**. 2018. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. / instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

LOPES, VAS; RIBEIRO, JM. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24,2019 3431-3442.

MONNERAT, G. L; SENNA, M.C.M; SOUZA, R.G de. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. IN: BRAVO, M.I et al. **Saúde e Serviço Social**. 4 ed. : Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

NOGUEIRA, Ana Claudia Correia; SILVA , Letícia Batista. **As desigualdades de gênero: um enfoque na questão da saúde pública**. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambú - MG”; 2008.

OHL, Isabella Cristina Barduchi et al . Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 4, p. 793-803, Aug. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400793&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Apr. 2020.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690424i>.

SANTOS , Raíla de Souza; MELO, Enirtes Caetano Prates; SANTOS , Keitt Martins. Análise Espacial Dos Indicadores Pactuados Para O Rastreamento Do Câncer Do Colo Do Útero No Brasil. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 800-10

SILVA, MA; et al. Fatores que, na Visão da Mulher, Interferem no Diagnóstico Precoce do Câncer do Colo do Útero. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2018; 64(1): 99-106

SILVA, MJ; et al. Política de atenção ao câncer no Brasil após a criação do sistema único de saúde. **Rev. Bras. Cancerol.** [internet]. 2017 [acesso 2018 Jul 17];63(3):177–187. disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_63/v03/pdf/03-artigo-politica-de-atencao-ao-cancer-no-brasil-apos-a-criacao-do-sistema-unico-de-saude.pdf

TEMPERINI, Rosana Soares de Lima. **Fundação das pioneiras sociais:** contribuição para o controle do câncer do colo do útero no Brasil 1956-1990. 2016. 222 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.