

Biblioteca de Saúde Pública
ICICT/FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Manguinhos-CEP.: 21041-210
Rio de Janeiro - RJ

Luiza Vargens Ramos

AS POLITICAS DE CONTROLE DO CÂNCER CERVICAL NO BRASIL

Trabalho apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como pré requisito necessário para conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Teixeira

Rio de Janeiro
2012

Lista de Siglas e Abreviações

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAF – Cirurgia de Alta Frequência

CNC – Centro Nacional de Cancerologia

CNCC – Campanha Nacional Contra o Câncer

CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde

DNS/SNC – Departamento Nacional de Saúde/Serviço Nacional de Câncer

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FCPO – Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia

HPV – Papiloma Vírus Humano

HPV-DNA – Ácido desoxirribonucléico do papiloma vírus humano

IBEPOG – Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisa em Oncologia

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária em Saúde

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Gomes de Alencar da Silva

MS – Ministério da Saúde

NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical

NIC I – Neoplasia Intraepitelial Cervical de grau I

NIC II – Neoplasia Intraepitelial Cervical de grau II

NIC III – Neoplasia Intraepitelial Cervical de grau III

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica

PNCC – Programa Nacional de Controle do Câncer

PNCCCU – Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sumário

Introdução	01
Metodologia	04
Apresentação do Objeto: O Controle do Câncer Cervical	05
1. <i>O Câncer Cervical: lesões precursoras</i>	05
2. <i>O Câncer Cervical como um Problema de Saúde Pública</i>	06
3. <i>Das Primeiras Estratégias a Construção de uma Política de Saúde Pública</i> ..	07
Análise Crítica	19
Considerações Finais	21
Referências	22

Introdução

O presente estudo justifica-se diante de informações como os dados do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Câncer (MS/INCA, 2010) que revelam o câncer cervical como o segundo câncer mais incidente na população feminina, ficando atrás apenas do câncer de mama; e sendo a 4ª causa de morte de mulheres por câncer no país; o que o faz ser uma prioridade da Política Nacional de Atenção Oncológica (2005) e do Pacto pela Saúde (2006), no Pacto pela Vida (2008).

Com estatísticas que surpreendem por conta da magnitude dos números_ o INCA (2011) afirma que espera-se para o Brasil em 2012, 17.540 novos casos e que ocorreram em 2008, 275 mil mortes no mundo, este tipo de câncer ainda é considerado um problema de saúde pública, mesmo diante dos avanços no diagnóstico que fazem com que os casos identificados hoje em dia, na fase precoce da doença, e sua cura, possa chegar a 100%.

Franco, Franco-Duarte & Ferenczy (2001) esclarecem que se estima um diagnóstico de cerca de 371.000 casos novos de câncer cervical no mundo, a cada ano, o que representa 10% de todos os tipos de cânceres femininos.

O câncer cervical bem como as suas lesões precursoras chamadas de Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais diferenciadas em graus de acordo com o acometimento do tecido epitelial (NIC I, NIC II e NIC III), demoram para se desenvolver, e são descobertos no exame citológico na sua fase sem sintomas ou pré clínica, onde as ações de prevenção eficientes podem mudar o quadro incidente da doença. (INCA, 2008).

Estudos também demonstram que algumas possibilidades para que ainda se considere o câncer cervical um problema de saúde pública, com altas taxas de incidência e mortalidade, incluem erros diagnósticos no exame de rastreamento ou preventivo (o exame citopatológico ou Papanicolaou) como a falha de leitura dos resultados, a falta de acompanhamento dos casos diagnosticados com lesões epiteliais (falha na integralidade das ações), e a falta de informações sobre como é realizado o procedimento para identificação das lesões precursoras através do exame (MS, 2006; INCA, 2002; INCA 2008; ROSA, 2005).

Pinho & Mattos (2002) afirmam que o rastreamento do câncer cervical e das suas lesões precursoras, para ter êxito também depende da acuidade diagnóstica do exame. Isso implica na sua precisão que tange ao correto diagnóstico dos casos

verdadeiros das lesões cervicais neoplásicas e das pré-neoplásicas e dos casos que não apresentam alterações epiteliais (refletindo sensibilidade e especificidade).

Kitamura & Ferreira Junior (1991), corroboram com Brenna, Hardy, Zeferino & Namura (2001), apud Santana et al (2008) afirmam que não bastam as intervenções de detecção e diagnóstico precoce, fazendo-se necessária uma investigação periódica, idealmente realizada no exame Papanicolaou, as ações preventivas com orientações à população e o tratamento das lesões precursoras, antes do seu desenvolvimento para lesões invasivas.

Mundialmente, há um consenso de que o câncer cervical pode ser evitado realizando-se ações de prevenção e tratando-se as suas lesões precursoras. As mulheres que realizam o exame de rastreamento Papanicolaou regularmente, tem menos chance de desenvolver um câncer cervical invasivo, do que aquelas que não realizam o exame e aquelas que tem mais de 30 anos de idade e infecção persistente pelo HPV (Medeiros et al, 2005; Pinho & Mattos, 2002; Swierzewski, 2011).

Quanto ao diagnóstico precoce, ele pode evitar ou retardar a progressão da lesão para um câncer invasor com o uso de intervenções clínicas como a colposcopia e a biópsia, a excisão local, a conização e, eventualmente, a histerectomia nos casos mais avançados (INCA, 2008; 2011).

Além disso, há dados do INCA (2008) que indicam que 40% das mulheres que realizam o exame Papanicolaou não voltam para buscar o resultado; e aquelas que encontram resultado alterado, precisam ser alvos de uma busca ativa, se não retornam em busca deste resultado, ou se faltam a consulta agendada.

Como principal estratégia para detecção das lesões precursoras, o exame Papanicolaou pode ser feito em unidades de saúde, ou postos de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados e é fundamental que os serviços de saúde orientem aos indivíduos sobre a importância e o significado deste exame, requerendo a sua realização periódica como meio de redução da mortalidade por este tipo de câncer.

Essas informações que devem ser passadas às mulheres de forma a prevenir este tipo de câncer. O que pode e deve ser realizado pelo nível de atenção básico, em unidades básicas de saúde ou por equipes de saúde da família (INCA, 2008).

Desde 1992 a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção por alguns tipos do papilomavírus humano (HPV) em cargas virais altas, é o principal fator de risco para o câncer cervical, embora não

seja o fator suficiente para que haja uma evolução do câncer. Outros estudos corroboram e acrescentam outros fatores de risco como o início precoce da atividade sexual, uso prolongado de contraceptivos orais, alto número de parceiros sexuais, história de doenças sexualmente transmissíveis, multiparidade, fumo, baixa escolaridade e renda, e carências de micronutrientes como vitamina A e C, e imunossupressão (corticoterapia, Diabetes, Lúpus, AIDS) (INCA, 2008-2011; ANDRADE, 2001).

O INCA (2011) esclarece que no Brasil, há uma deficiência nos programas organizados de rastreamento para o câncer cervical. E muitas vezes não tem um controle das mulheres que realizam os exames porque o país não possui um cadastro universal de base populacional consistente¹. Isso impede o recrutamento das mulheres; bem como o conhecimento da periodicidade com que realizam o exame e a identificação das mulheres que estão sem fazê-lo. Fato que impossibilita chamá-las para repetir ou para realizar o exame pela 1ª vez, mobilizando estratégias como a adoção do teste HPV-DNA que poderia significar uma diminuição maior dos números de casos (INCA, 2011). E há que ser feito ainda, no rastreamento, uma avaliação da proporção da população de risco que foi rastreada, uma captação da população-alvo incluindo todas as mulheres que possuem vida sexual ativa, e todas as mulheres que após 2 exames anuais consecutivos negativos, a cada 3 anos, novo exame Papanicolaou seja realizado (INCA, 2002).

Desta forma, este estudo objetiva descrever o desenvolvimento das políticas de controle do câncer e do câncer cervical no Brasil, no período que transcorre entre a década de 1970 _ momento de surgimento de um grande número de iniciativas no campo da prevenção a doença_ até o ano de 2008. Elaboraremos um histórico sobre o surgimento das políticas públicas de controle do câncer cervical e identificaremos as causas apontadas na literatura para as altas taxas do câncer cervical e as possibilidades de eficácia das estratégias para controle do câncer cervical. Utilizaremos como metodologia da pesquisa, a revisão de literatura específica sobre este tema.

¹ Fator importante para o rastreamento organizado, significando um sistema de informação longitudinal em saúde que permite o registro dos cuidados que as pessoas recebem ao longo do tempo, e o Brasil dispõe apenas de um sistema de informação transversal, o SISCOLO, que registra apenas os exames realizados e não estabelece uma conexão com os exames sucessivos

Metodologia

Para a metodologia da pesquisa foi utilizada revisão bibliográfica específica encontrada em bases de dados como a *Lilacs*, o *Pubmed* e o *Scielo*, além das bibliografias do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde (MS), abordando o tema do câncer cervical, a história brasileira das políticas públicas de controle do câncer e da implementação das políticas de controle do câncer cervical, do período de 1920 até o ano de 2008.

Como critério de inclusão na escolha destas literaturas, de acordo com os objetivos deste trabalho, utilizou-se as que permitiriam o conhecimento do desenvolvimento do câncer cervical, das suas lesões precursoras ao seu estadiamento mais grave; a construção de um breve histórico do Brasil do surgimento das políticas públicas de controle do câncer e do câncer cervical, bem como a identificação das causas apontadas para as altas taxas do câncer cervical, apesar das políticas implementadas, e apontar as possibilidades levantadas historicamente da eficácia das estratégias para controle do câncer cervical já implementadas.

Apresentação do Objeto: O Controle do Câncer Cervical

1. O Câncer Cervical: lesões precursoras

A característica definidora de um câncer cervical ou de colo do útero é a replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, causando comprometimento com os tecidos adjacentes e invadindo estruturas e órgãos à distância (INCA, 2011).

As neoplasias são consideradas em graus de acordo com as camadas do epitélio que acometem, por exemplo, quando tem-se uma desordenação ou displasia nas camadas mais basais do epitélio estratificado, tem-se uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I), cujas mulheres em 60% dos casos vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência lesional e, do restante, menos de 10% evoluirá para uma NIC III (INCA, 2002), considerada uma lesão invasora.

O câncer cervical tem uma história natural onde essas transformações intra-epiteliais progressivas evoluem num período estimado entre 10 e 20 anos, para uma lesão cancerosa invasora, numa progressão para um câncer invasor de 1% dos casos (INCA, 2002).

Para o desenvolvimento de uma NIC que evoluirá para um câncer cervical, consideram-se alguns fatores, dentre os quais a persistência pelo vírus do papiloma humano é principal fonte, mas não a única, como esclarece a Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera desde 1992 que a persistência da infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) em cargas virais altas, assim como outros estudos corroboram (INCA, 2008 - 2011; Andrade et al, 2001) e acrescentam outros fatores de risco como o início precoce da atividade sexual, uso prolongado de contraceptivos orais, alto número de parceiros sexuais, história de doenças sexualmente transmissíveis, multiparidade, fumo, baixa escolaridade e renda, e carências de micronutrientes como vitamina A e C, e imunossupressão (corticoterapia, Diabetes, Lúpus, AIDS) (INCA, 2002; INCA 2007 – 2009).

Carvalho (2011) ressalta que ter a infecção pelo HPV ou outros fatores de risco como os descritos acima, não significa o desenvolvimento do câncer cervical, já

que a maioria das mulheres com fatores de risco nunca desenvolverão a doença porque não apresentam predisposição genética.

2. *O câncer cervical como um problema de Saúde Pública*

O exame de Papanicolaou foi incorporado aos serviços ginecológicos de vários países na década de 40, mas só começou a ser utilizado como método de rastreamento em programas de detecção precoce do câncer no final da década de 50, por causa dos recursos humanos para leitura das lâminas, que eram restritas aos patologistas (LAGO, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) a redução dos casos de mortalidade a até 80% seria possível com a utilização do exame Papanicolaou em mulheres assintomáticas, e com faixa etária entre 25 e 59 anos, e que tivessem tratamento para as lesões encontradas. Seguindo esta orientação, organizaria-se um rastreamento populacional com garantia de seguimento das pacientes que apresentasse qualquer grau de positividade. Contudo, e sobretudo, nos países em desenvolvimento, oferece-se o exame às mulheres que buscam atendimento nos postos de saúde, sem uma estratégia para que aquelas que são as mais vulneráveis tenham atendimento, realizando o exame e o tratamento, se necessário.

Para Löwy (2010), as lesões cervicais são “acessíveis, frágeis e relativamente fáceis de serem eliminadas”, o que significa uma rara combinação e um fator positivo para o rastreamento populacional.

Salienta-se que para o INCA (2002), um programa de detecção precoce tem componentes profissionais e populacionais na educação para detecção precoce, e as ações de rastreamento que podem ser oportunísticas ou organizadas.

Considera-se um programa de rastreamento populacional, uma estruturação para o exame regular de população assintomática, contudo, caracterizada como de maior risco, e que objetiva a identificação das lesões precursoras ou as cancerígenas em estágio inicial. Segundo a OMS, sua efetividade é mensurada exigindo-se a cobertura mínima de 70% da população-alvo, e a implantação deste tipo de programa se torna justificável quando o câncer tiver significado epidemiológico, quando sua fase assintomática for longa o suficiente para que a detecção seja possível e um percentual significativo das lesões precursoras evolua para o câncer; considera-se também a disponibilidade de tratamento para melhor

prognóstico e o exame de rastreamento ser aceito pela população e disponível a custo razoável (OMS, 2007).

3. Das Primeiras Estratégias a Construção de uma Política de Saúde Pública

Em 1921, a Reforma Carlos Chagas dentre outras proposições, previa estabelecer as primeiras estatísticas de óbito por câncer, e criava providências sanitárias onde ocorrera o óbito por câncer, exames laboratoriais gratuitos para estabelecer o diagnóstico, organização de campanhas contra o câncer e a fundação de institutos para tratamento e investigação da doença (BODSTEIN, 1987; apud LAGO, 2004).

Segundo Lago (2004) durante o governo Vargas, em 1934, criou-se o Ministério da Educação e Saúde que era o responsável pelas ações de ensino, pesquisa e assistência médica. Em 1937, criou-se o Centro Nacional de Cancerologia (CNC) no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal. A partir da década de 1940, a colposcopia, que já havia sido introduzida no Brasil por João Paulo Riepper, médico e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, começou a se difundir pelo país (GUERRA, 2003; XAVIER, 2002, apud LAGO, 2004).

E em 1945/46, a colpocitologia foi introduzida por Clarice do Amaral Ferreira e Dib Gebara (GUERRA, 2003; XAVIER, 2002, apud LAGO, 2004).

Em 1941, houve a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde – Serviço Nacional de Câncer (DNS-SNC), subordinado à Campanha Nacional Contra o Câncer, o CNCC, que segundo o Decreto Lei no. 3643, de 23 de setembro, realizaria “investigação, execução de medidas preventivas, propaganda dos exames periódicos para diagnóstico precoce da doença, tratamento e vigilância dos doentes e o asilamento dos cancerosos, necessitados de amparo” (BODSTEIN, 1987, apud LAGO, 2004).

Nesta época, segundo Lago (2004) as atividades de combate ao câncer implicavam na sensibilização dos Estados para o desenvolvimento organizacional de uma rede de assistência que fosse fundamentalmente hospitalar, e também implicavam na propaganda _incluindo informações sobre fatores de risco como fumo e álcool_ contra o câncer, que era desenvolvida pelas Ligas e Sociedades Médicas e Associações. A mobilização da sociedade ainda era feita através de exposições

populares em que se utilizavam fotos, cartazes com órgãos e pessoas com câncer e sinais de alerta para que a população identificasse a necessidade da procura médica.

Já em 1948, instalou-se o primeiro ambulatório de diagnóstico precoce do câncer ginecológico, o “preventivo do câncer”, no Hospital Morcovo Filho (UFRJ, 1997 apud LAGO, 2004) que reunia as duas práticas: a colposcopia e a colpocitologia.

Lago (2004) ainda afirma que em 1950, a mãe da 1ª dama, Sarah Kubitschek, Luiza Gomes de Lemos, teve um câncer cervical diagnosticado pelo Dr. Arthur Campos da Paz já avançado, e veio falecer pouco tempo depois. O episódio fez o presidente Juscelino Kubitschek pedir um plano para construção de um grande hospital para tratamento do câncer no Rio de Janeiro, ao médico, mas foi aconselhado a criação de um Centro Especializado em prevenção do câncer, ao invés do hospital.

Em 1956, o Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos da Fundação das Pioneiras Sociais, atendia apenas casos de câncer feminino de mama e aparelho genital (CARMO, 2002 apud LAGO, 2004) e no ano seguinte, foi inaugurado o Instituto do Câncer, na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, e transformado em Instituto Nacional de Câncer (INCA), quando da publicação do seu regimento interno em 1961.

No Brasil, a história do rastreamento para câncer cervical começou durante a década de 60, quando, após o surgimento dos primeiros programas de rastreamento populacional do câncer cervical, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) passou a enxergar o câncer cervical como um problema de saúde pública nos países latinos, por seus altos índices e ações de prevenção muito restritas; propondo então, a elaboração de programas específicos para o controle deste tipo de câncer e utilizando a massificação do teste de Papanicolaou, conforme descreveu Horwitz (1972).

Em 1965, surgiu em Campinas (São Paulo) o Programa de Controle de Câncer Cervical, quando criou-se o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas, que conseguiu estabelecer uma nova metodologia para a prevenção do câncer cervical no país, por trabalhar em colaboração com os postos de saúde, hospitais e instituições médicas filantrópicas (CAPUCCI, 2003). Considerado a primeira experiência de grande amplitude e que

tinha continuidade das suas ações. Segundo Zefferino & Pinotti (1987) o programa não apenas atingiu a meta de realizar mais de 19 mil exames anuais, como proporcionou a queda dos achados de lesões a partir do seu 4º ano de atividade. Este Programa baseava-se fundamentalmente na descentralização da coleta citológica e do arquivamento. Com a descentralização da coleta citológica, tentou-se normatizar o procedimento nos diferentes ambientes que as mulheres freqüentavam, evitando-se a criação de postos específicos para o controle do câncer, especialmente porque reforçavam a idéia do tabu do câncer.

A partir da adesão de alguns médicos brasileiros e utilização de campanhas e programas, a prevenção do câncer cervical passou a ser uma atividade da saúde pública (CAPUCCI, 2003).

Eram realizadas, de forma descentralizadas as coletas do material citológico, mas eram realizadas centralizadamente a análise deste material, já que se fazia necessário pessoal treinado na função e a Universidade assumiu este treinamento. Dessa forma, a centralização de um laboratório de citopatologia, constituía a necessidade e a possibilidade de um arquivo central, base fundamental para que se realizem estudos epidemiológicos, bem como para a continuidade da assistência às mulheres (ZEFFERINO & PINOTTI, 1987).

No final da década de 60, segundo Capucci (2003) algumas instituições paulistas, elaboraram campanhas para o controle do câncer cervical seguindo a mesma metodologia do programa de Campinas, foi criado o Instituto São Camilo de Prevenção e Tratamento do Câncer Ginecológico e inaugurado o Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Obstetrícia e Ginecologia, o IBEPOG.

Nesse período, Capucci (2003) afirma que a população quase não tinha programas de tratamento assistenciais, tampouco de controle sobre uma doença que tinha alto número de mortes e se classificava como 4º maior fator de óbito no país; as ações de prevenção e detecção precoce eram iniciativas isoladas, que não tinham continuidade, sem alcance nacional e executadas por instituições em geral filantrópicas, ou pelas secretarias de saúde. Entretanto, fazia-se necessária a ampliação da assistência preventiva para que os números estatísticos diminuíssem a curto, médio e longo prazo.

Em 1970, diversos setores sociais que reivindicaram a ampliação do acesso aos serviços de saúde possibilitaram que novos programas federais de prevenção ao câncer de colo uterino fossem criados. No ano de 1972, Sampaio Góes,

ginecologista responsável pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Obstetrícia e Ginecologia (IBEPOG) durante seu cargo de diretor da Divisão Nacional de Câncer (DNC), do Ministério da Saúde, lançou o Plano Nacional de Controle de Câncer (PNCC) que, entre outros objetivos, tinha a ampliação das ações de prevenção ao câncer cervical através do incentivo a citologia exfoliativa (CAPUCCI, 2003).

Ainda em 1972, com a chegada dos manuais técnicos da OPAS com recomendações que, entre seus objetivos, tinha a ampliação das ações de prevenção ao câncer cervical por meio do exame de Papanicolaou e a pretensão da criação de uma rede nacional para controle da doença, o Governo Federal liberou verbas para as ações de prevenção, foram montados laboratórios de patologia e adquiridos equipamentos para tratamento oncológico (CAPUCCI, 2003).

Já em 1975, a Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia (FCPO) do Estado de São Paulo implantou um Programa Estadual de Prevenção deste câncer com integração dos postos de saúde estaduais e municipais, alguns consultórios privados e coletas de exame em unidades móveis – os ônibus e trens, que partiram por todo o Estado de São Paulo realizando consultas e exames. E ao contrário da literatura científica, que afirmava que para a precisão diagnóstica de 99% seria necessária uma combinação de colposcopia e citologia, um programa para prevenção em massa, não permitiria ambas num primeiro exame, então, o Programa realizava o exame de Papanicolaou, que tem “garantida eficácia e segurança no diagnóstico e detecção do câncer do colo do útero” (CAPUCCI, 2003).

Capucci (2003), ainda esclarece que o PNCC intencionava a eficácia da prevenção e estabeleceu a meta de 480 mil exames a serem realizados nos seus primeiros meses, e 960 mil exames para o ano de 1974. Além disso, planejava a implantação dos registros de casos atendidos, a fim de que se pudesse ter, nacionalmente, o histórico dos pacientes oncológicos, possibilitando a realização de diagnósticos mais seguros e a criação de um banco de dados para proporcionar pesquisa e localização de novos casos e tipos de câncer, bem como orientar em uma futura política de saúde adotada pela DNC.

Em 1979, as reivindicações sociais pela democratização do acesso à saúde e pela organização do sistema único de atenção, aumentaram; e as reivindicações do movimento feminista por um programa de atenção à saúde da mulher de forma integral, levou ao Ministério da Saúde a constituir um grupo de trabalho para

formular as diretrizes para implementação de tal programa. E assim, em 1984, lançou-se a “Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática” (MS, 1984; LAGO, 2004). Onde a concepção de integralidade tinha 2 sentidos: a atenção à mulher como pessoa, e a integração entre os diferentes níveis de complexidade do sistema (LAGO, 2003, apud LAGO, 2004).

Em seguida, no ano de 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a partir de 1985, o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), juntos, passaram a desenvolver um trabalho visando a consolidação do PAISM nacionalmente, e pregavam que a integralidade do Programa também previa as atividades de prevenção e controle de câncer cervical (BRASIL, 1984).

A elaboração deste Programa marcou uma ruptura conceitual sobre as políticas de saúde da mulher e as prioridades quanto à essa população, já que até este momento, as intervenções sobre a saúde da mulher estavam focadas à reprodução. O PAISM inclui ações de educação, prevenção, tratamento e recuperação, na “assistência ginecológica, pré natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, nas DSTs, no câncer de mama e de colo do útero, e também em outras necessidades de acordo com o perfil populacional das mulheres” (BRASIL, 1984).

O PAISM apresentava especificidades do período de 84 a 89, e na década de 90, influenciado pelas proposições do Sistema Único de Saúde (SUS), através do Movimento Sanitário Brasileiro, incorporou princípios e diretrizes da descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade na atenção. Em uma avaliação dos estágios de implementação desta nova política, estudos demonstraram que existiam dificuldades na implementação das ações e mesmo sem um panorama abrangente, afirmava-se que a maioria dos municípios enfrentava dificuldades políticas, técnicas e administrativas, o que fez com que o Ministério da Saúde editasse a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para fortalecimento da gestão do sistema de saúde e atualizando critérios de habilitação para os Estados e Municípios (BRASIL, 2001).

De acordo com Lago (2004), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, previa atividades de prevenção do câncer do colo do útero,

assistência à concepção, à anticoncepção, às queixas ginecológicas e às demandas relativas à sexualidade, além de atividades educativas.

O Programa foi implementado de forma heterogênea no país, acompanhando os diferentes graus de organização e de capacidade instalada dos serviços públicos estaduais e municipais, e respondendo a distintos graus de compromisso dos governantes com a questão da mulher.

A principal contribuição do PAISM ao controle deste câncer foi a introdução da coleta de material para o exame colpocitológico como procedimento de rotina em uma consulta ginecológica.

Com o PRO-ONCO - Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino, em 1985 (CAPUCCI, 2003) visava-se apoio ao controle de diversos tipos de câncer, contudo, até o final dos anos 80, o controle do câncer cervical apresenta poucos resultados promissores, e só a partir da reforma sanitária, com a união da assistência médica previdenciária e a saúde pública através do SUS, o controle do câncer cervical começa a mudar.

No ano de 1995, em virtude do fortalecimento das demandas ao movimento feminista e da participação brasileira na VI Conferência Mundial sobre a Mulher, na China, que esclareceu as lacunas que existiam sobre a situação da mulher no país, e chamou a atenção para as altas taxas de mortalidade feminina por câncer cervical quando existiam meios efetivos para evitá-lo, se organizou uma campanha para o rastreamento do câncer do colo uterino, com a direção do INCA e a assessoria do Cancer Care International (da Fundação Ontário, Canadá), um Projeto Piloto, o Viva Mulher, para mulheres de 35 a 49 anos, para implementação em 4 capitais das macro-regiões do país (Belém, Curitiba, Recife, Rio de Janeiro) e no Distrito Federal; e desenvolvidos protocolos para padronização da coleta de material, para seguimento das mulheres e as condutas frente aos tipos de alterações citológicas, utilizou-se a nomenclatura antes adotada, e desenvolveu-se um sistema informativo para cadastro das mulheres e seu acompanhamento; a cirurgia de alta frequência (CAF) passou a ser utilizada para tratamento das lesões, e criou-se também o Protocolo de Cooperação Técnica para a Promoção da Saúde da Mulher entre o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e o Ministério da Saúde (LAGO, 2004).

O Viva Mulher foi implantado para que se desenvolvessem bases estruturais para um programa de rastreamento de alcance nacional, objetivando a redução da

mortalidade por aquele tipo de câncer, com a ampliação do acesso das mulheres ao exame citopatológico, prioritariamente para mulheres com maior risco e garantia de acolhimento e tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos (Viva Mulher, 2002).

O desenvolvimento do Projeto Piloto Viva Mulher, aconteceu em 1996, com a ampliação da oferta do exame Papanicolaou, considerando-se que não existia a implantação de um programa nacional de prevenção secundária e as diversidades socioeconômicas do país; mas que ocorreu somente após a participação do governo brasileiro na VI Conferência Mundial sobre a Mulher, na China, em 1995, quando assumiu o compromisso do desenvolvimento nacional deste tipo de programa com vistas ao controle do câncer cervical (Viva Mulher, 2002).

A estratégia do Viva Mulher (2002) permitiu uma experiência cujas atividades, expandidas, atingiriam as mulheres de todas as regiões do país e, em especial, as das regiões mais periféricas. Contudo, devido às dificuldades de comunicação do SUS, a extensão do país, a demora do sistema de saúde em responder às demandas, a heterogeneidade no compromisso dos gestores estaduais e municipais com a saúde da mulher, fariam necessária uma estratégia operacional que superasse essas dificuldades. E além disso, fazia-se necessário ampliar a capacidade laboratorial do SUS e o número de profissionais capacitados para a coleta e o tratamento.

Até o momento precedente a implantação do Projeto Piloto, havia poucas estimativas da cobertura das ações de detecção precoce do câncer cervical, alguns estudos nos anos 80 consideravam o número de exames Papanicolaou realizados anualmente, relacionando-os ao número de mulheres que deveriam ser atingidas. E a partir do segundo semestre de 1994, o registro de dados referentes às ações de rastreamento do câncer cervical, passaram a ser sistematizadas, com a utilização de informações o Sistema de Informações Ambulatórias (SIA/SUS). Ressaltam-se as informações específicas do Viva Mulher: coletas de Papanicolaou, o exame Papanicolaou, exames anatomopatológicos do colo uterino e as CAFs realizadas (Viva Mulher, 2002).

Esclarece-se ainda, que implementação nacional do Programa ocorreu com uma campanha orientada para a redução da mortalidade por câncer cervical, cuja população alvo eram as mulheres sob maior risco de apresentar o câncer micro invasivo, já que com detecção precoce e tratamento, poderiam ser curadas. A

Portaria GM 3040/98 instituiu o Programa Nacional de Combate do Câncer de Colo Uterino (PNCCCU) sob responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde.

O reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS delimitaram as ações básicas mínimas, em nível municipal, e as lacunas que existiam na atenção à saúde populacional, mas isso não abrangia todo o conjunto de ações previstas no PAISM, que em 2003 passou a incluir segmentos femininos marginalizados e problemas emergentes, contudo, a nível federal, também existiam dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e suporte para a implementação do PAISM, com mudanças quando a saúde da mulher passou a ser considerada uma prioridade do governo, já no ano de 1998 (BRASIL, 2003).

Com a implantação do Projeto, houve uma Primeira Fase de Intensificação das ações, em 1998, de 18 de agosto a 30 de setembro, com realização do Papanicolaou, prioritariamente para todas as mulheres entre 35 e 49 anos de idade, com participação de quase 98% dos Estados brasileiros e realização de quase 3.200.000 exames Papanicolaou. Neste primeiro momento, as ações foram pontuais, características de uma campanha, mas a notoriedade nacional que fez com que os municípios participantes incorporassem as ações do Projeto como rotineiras, a ampliação e qualificação da rede tanto de coleta de material e laboratorial, quanto da oferta de serviços para o tratamento ambulatorial; a padronização e incorporação na tabela do SIA/SUS do procedimento de coleta, o exame anatomopatológico, do controle da qualidade e da CAF; foram considerados pontos positivos do Projeto (Viva Mulher, 2002).

Do ano 1999 até o ano de 2001, o INCA instituiu uma Fase de Consolidação das ações, com ampliação da oferta dos serviços e garantia do financiamento dos procedimentos de nível ambulatorial e a criação do SISCOLO. O monitoramento da qualidade do exame Papanicolaou passou a ser externo, houve um fortalecimento da sensibilização dos gestores e implantação de pólos ambulatoriais para a realização da CAF, além de realização de supervisões técnicas (INCA, 2002).

Em 2001, o MS solicitou ao INCA um estudo sobre a viabilidade de uma Campanha dentro do PNCCCU, levando em consideração os pontos fortes e os pontos frágeis da Campanha ocorrida em 1998, para garantir melhor desempenho das ações propostas nesta segunda campanha.

No ano de 2002, a fim de ampliar a cobertura das ações de rastreamento do câncer cervical e de captar as mulheres da faixa etária de maior risco para lesões

precursores deste tipo de câncer, o Ministério da Saúde, de março a abril de 2002, realizou uma Segunda Fase de Intensificação com objetivos de "realizar em parceria com as secretarias municipais e estaduais de saúde, ações integradas de prevenção primária que visem reduzir a exposição da população feminina aos principais fatores de risco do câncer do colo do útero; desenvolver em parceria com as secretarias municipais e municipais e estaduais de saúde, ações educativas que informem a mulher da importância da realização do exame Papanicolaou; realizar ações nacionais de mobilização social, para a coleta e realização do exame Papanicolaou, diagnóstico, tratamento e monitoramento das mulheres com lesões precursoras do câncer cervical; articular parcerias que ampliem o acesso da mulher à informação, diagnóstico e tratamento do câncer cervical e suas lesões precursoras". Nesta Segunda Fase, a população alvo eram as mulheres de 35 a 49 anos de idade que nunca realizaram o exame Papanicolaou ou que o realizaram há 3 anos ou mais (Viva Mulher, 2002).

Foram realizados exames Papanicolaou em mais de 3.800.000 mulheres, onde a meta prevista era de 2,5 milhões na faixa etária considerada de maior risco. Além disso, para garantir a implantação das ações de detecção precoce nacionalmente, adotaram-se as medidas de apresentação do Programa nas Comissões Tripartite, Bipartite, nos COSEMS e CONASEMS; realização de reuniões semestrais junto aos coordenadores estaduais do Programa; visitas de supervisão técnica a todas as Secretarias Estaduais de Saúde; e oficinas de trabalho para planejar ações e implementação de rotinas de seguimento das mulheres com alterações em municípios estrategicamente definidos (INCA, 2002 apud LAGO, 2004).

Nesta segunda fase, as estratégias do Ministério da Saúde foram diferentes das estratégias da primeira campanha, em 1998, considerando-se que os problemas encontrados na primeira campanha como a remuneração dos procedimentos específicos, a capacidade assistencial do Sistema Único de Saúde para o diagnóstico precoce e tratamento das lesões e do próprio câncer cervical haviam também se expandido, e o SISCOLO estava implementado. As Secretarias Estaduais de Saúde foram responsáveis por decidirem como e o quanto expandir a rede de assistência para atender a demanda, e levaram em consideração os convênios estabelecidos entre elas e o INCA para permitirem a utilização dos recursos nestes convênios alocados para a execução da capacitação profissional e

produção de material educativo complementar ao material do Ministério da Saúde (LAGO, 2004).

Os problemas apontados na segunda campanha incluíam, segundo o Viva Mulher (2002), “baixos níveis de cobertura populacional com exame citológicos do colo do útero, falhas de acompanhamento das mulheres com anormalidades e na adoção de condutas diagnósticas e terapêuticas adequadas” e isso corresponde a fatores associados ao fracasso dos programas de rastreamento do câncer cervical. E acrescenta que esta falha de acompanhamento, também entendida como falha no seguimento das mulheres que apresentam anormalidades é considerada fator fundamental para avaliação da efetividade das ações.

Para Lago (2004), ainda não há tempo para estimativas de efeitos das campanhas sobre as taxas de mortalidade pela doença, não existindo também evidências que permitam a avaliação do possível impacto das campanhas sobre o desenvolvimento das ações de controle do câncer cervical no Brasil. Entretanto, ressalta que o crescimento do número anual de exames apresentados ao Sistema Único de Saúde no período entre 1995 e 2003, foi considerado bastante sugestivo e a campanha de 2002 teve uma repercussão positiva sobre a oferta dos serviços pelo Sistema Único de Saúde, com elevação dos exames anualmente realizados na rotina de atendimento.

O Viva Mulher (2002) esclarece que o seguimento das mulheres se refere ao acompanhamento e a adesão das mulheres ao tratamento. E nesse caminho, inúmeros interferentes podem ser negativos, desde o acolhimento das mulheres pelas unidades de saúde com uma relação pouco satisfatória com os profissionais de saúde, até a falta de informações e o correto esclarecimento da paciente ou do próprio profissional sobre a importância que exercem durante todo o processo de tratamento. E continua, salientando que os programas de prevenção do câncer que são eficazes, “requerem seguimento com procedimentos que conduzam a um diagnóstico completo, tratamento adequado do caso e permitam a observação dos diversos tipos de desfechos: favoráveis ou desfavoráveis”. E termina, afirmando que em programas de rastreamento para câncer, o seguimento implica em acompanhar os indivíduos sadios para identificar aqueles que se tornam casos.

Para o Viva Mulher (2002) a eficácia de um programa de rastreamento implantado é medida com a razão entre o número de lesões de baixo grau e as de alto grau, crescente; demonstrando que as lesões são detectadas cada vez mais em

sua fase precoce. Países como Chile e Austrália tem esse indicador menor que 2, enquanto no Brasil, na fase de consolidação do Projeto, em 2002, existiam Estados com razão de 8,6.

De 1999 a 2001, a continuidade das ações do Viva Mulher aconteceu através da ampliação da oferta dos serviços, e quase 8 milhões de exames Papanicolaou foram realizados por ano (Viva Mulher, 2002).

Atualmente, o Programa Viva Mulher "está nacionalmente implantado e atuante em todo o território em termos gerenciais e operacionais, atingindo todos os Estados" (INCA, 2002), mas o câncer cervical permanece como um problema de saúde pública, com suas altas taxas de incidência e mortalidade; o que na visão de autores como Thuler (2008) seria o resultado das deficiências dos programas para prevenção, e acreditam que um serviço de prevenção melhor organizado, associado a campanhas educativas direcionadas, reduziria a incidência deste tipo de câncer. Não existem campanhas, sendo a prevenção efetuada na rotina dos serviços de saúde.

De acordo com o INCA (2002), Programa se tornou um programa permanente, continua com sua ênfase na prevenção e no rastreamento, além dos seus objetivos de aperfeiçoamento da Rede de Atenção Oncológica; assessoria técnica as Secretarias de Saúde dos Estados; com modernização tecnológica do sistema de informação, SISCOLO; e com a pactuação dos indicadores de monitorização das suas ações

Em 8 de dezembro de 2005 foi publicada a Portaria GM/MS 2.439, instituindo a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) com ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, para implementação em todos os Estados brasileiros. E define entre seus componentes fundamentais:

a promoção e vigilância em saúde, a criação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia; um Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco, do Câncer do Colo do Útero e da Mama; um Sistema de Informação; e Diretrizes Nacionais para Atenção Oncológica.

Em seguida, no ano de 2006, o Pacto pela Saúde veio retomar a discussão sobre a regionalização e apresentar estratégias para qualificar a atenção e a gestão

do SUS, através de três dimensões: o Pacto de Gestão; o Pacto pela Vida que entre outros objetivos, tem o incentivo a promoção da saúde e como prioridade nas suas metas o controle do câncer cervical; e o Pacto em Defesa do SUS.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde lançou o Manual e Normas Técnicas, Caderno de Atenção Básica, sobre o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, com orientações e recomendações aos profissionais de saúde sobre o desenvolvimento, prevenção e controle dos cânceres cervical e da mama, incluindo informações sobre intervenções nos fatores de risco e periodicidade e faixa etária para realização do exame de rastreamento do câncer cervical.

Desta forma, o Manual esclarece que a faixa etária priorizada para atendimento atualmente, é composta por mulheres de 25 a 60 anos com recomendações para a realização do exame anualmente, e após 2 exames anuais consecutivos com resultado negativo, novo exame Papanicolaou seja realizado em 3 anos; orientações já preconizadas.

E no ano de 2008, o Programa Mais Saúde: Direito de Todos – 2008-2011, trouxe as estratégias para norteamento dos eixos de intervenção, entre os quais encontra-se a priorização dos objetivos e metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, reforçando o controle do câncer cervical.

Análise Crítica

O câncer cervical possui uma história natural que passa por estágios que podem ser identificados em exame citopatológico, ou Papanicolaou, realizado em unidades básicas de saúde, oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, com baixo custo e de simples execução, mas que requer certa acuidade visual do examinador e para leitura das lâminas (TEIXEIRA; LOWY, 2011). E é por esta característica de história evolutiva lenta, que este tipo de câncer é considerado pelos autores uma neoplasia curável em 100% dos casos identificados no começo do seu desenvolvimento, e justificável quanto ao rastreamento das lesões. Ainda que existam diversos fatores de risco associados, os autores ressaltam que esta é uma doença totalmente evitável.

No Brasil, a preocupação com o câncer como um problema de saúde pública começou ainda na década de 20, mas apenas na década de 60 o câncer cervical começou a ser inserido no contexto das ações governamentais a nível nacional para promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento dos casos, e diversas instituições estiveram envolvidas no processo.

Entretanto, somente após a intervenção da Organização Pan Americana de Saúde, no começo da década de 70, ressaltando a importância do câncer cervical como um problema de saúde pública e promovendo campanhas de prevenção com o uso do exame Papanicolaou, é que ocorreu o estabelecimento de um Plano Nacional para Controle do Câncer, cujas campanhas contra o câncer intensificaram-se na década de 80 e consolidou-se o exame Papanicolaou como exame de rastreamento dos tumores do colo do útero.

Um dos motivos pelos quais o Brasil demorou para adotar um método adequado ao enfrentamento deste tipo de câncer, foi o modelo de saúde vigente, que permitia que apenas uma pequena parcela da população tivesse acesso aos serviços de saúde nos seus diversos níveis de complexidade, onde as ações de uma abordagem curativa eram as bases do sistema e não as ações básicas de promoção e prevenção. Até a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, quando o sistema de saúde passou a contemplar a toda a população brasileira, nas suas questões de promoção, prevenção e detecção precoce de doenças.

No início das ações, a faixa etária utilizada para o rastreamento era de 35 a 49 anos, mas considerando-se que no Brasil a maior parte das mulheres que busca

os serviços ginecológicos está abaixo dos 35 anos, havia um subaproveitamento da rede e não eram atingidas as mulheres da faixa etária de maior risco (MS, 2006).

A estratégia do rastreamento atualmente vigente, aborda as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, já que as mulheres desta menor faixa etária buscam os serviços ginecológicos, idealmente, para controle de natalidade e, dessa forma, os serviços podem realizar um rastreamento oportunístico nestas mulheres, aproveitando suas consultas para a realização do exame de rastreamento, e então, dar seguimento ao tratamento ou orientações, que sejam necessários.

A estratégia utilizada para a identificação das lesões precursoras deste câncer é o rastreamento através do exame Papanicolaou, um exame de baixo custo, que detecta as alterações em qualquer estágio e que permite o acesso e a fácil eliminação das lesões (LÖWY, 2010). As recomendações são para que todas as mulheres de 25 a 60 anos realizem o exame Papanicolaou a cada ano, e cada 2 anos consecutivos de resultado negativo, realizem-no novamente em 3 anos; reforçando a característica que este câncer apresenta de progressão lenta.

Necessariamente, como Teixeira & Löwy (2011) afirmaram, ressaltamos que apenas a melhoria da técnica ou a utilização do exame de rastreamento para melhorias nas taxas de incidência e mortalidade não seria suficiente, requerendo também mudanças nas condições que favorecem as neoplasias cervicais: pobreza, falta de informações e de orientações, preconceito contra as mulheres, e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Segundo o próprio Ministério da Saúde (2006), mesmo apesar das ações preventivas e de detecção precoce, incluindo aqui o Programa Viva Mulher, as altas taxas de incidência e mortalidade se mantiveram quase inalteradas ao longo dos anos, e parte dessa problemática pode estar associada ao aumento e melhoria do diagnóstico, causando a melhor qualidade de informações e dos atestados de óbitos; e por outro lado, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com problemas como a dificuldade do acesso da população ao serviço de saúde; a baixa capacitação profissional da atenção oncológica; o sistema público que não atende adequadamente a demanda dos serviços; e a dificuldade dos gestores municipais e estaduais para definir e estabelecer uma linha de cuidados integralizada nos níveis de atenção e nos níveis de atendimento.

Considerações Finais

Apesar do câncer cervical ser uma patologia com desenvolvimento lento, gradual e que provoca lesões de fácil acesso e diagnóstico, através de um exame de rastreamento simples, barato e que não requer profissional especialista para sua coleta, o exame Papanicolaou, o rastreamento foi instituído no Brasil há mais de 30 anos para o rastreamento das lesões.

No entanto, as intervenções nos últimos 40 anos sobre o câncer cervical seguiram desde ações regionalizadas e pontuais, como o Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino de Campinas que por conta da diminuição da prevalência das neoplasias cervicais na região, serviu de modelo para outras campanhas de rastreamento; até ações institucionalizadas nacionalmente, organizadas e baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro, como o Viva Mulher.

As reflexões encontradas sobre as políticas de intervenções sobre o câncer cervical, não identificam fatores isolados para que as suas taxas permaneçam significativamente inalteradas, mas apontam caminhos ainda a serem seguidos para que o Sistema Único de Saúde brasileiro, seus princípios e diretrizes, tenha participação positiva sobre a manutenção dessas taxas, já que o câncer cervical é também, um problema social com todos os fatores de risco e de acessibilidade ao sistema de saúde.

Salientamos, assim, a necessidade de mais pesquisas que impulsionem discussões e melhorias na acessibilidade do usuário do SUS, à educação em saúde, e orientem o usuário do SUS no seu caminho para um atendimento com integralidade, equidade e universalidade com qualidade.

Referências

- ANDRADE JM, YAMAGUCHI NH, OLIVEIRA AB, PERDICARIS M, PEREIRA ST, PETITTO JV *et al.* **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma do Colo do Útero.** Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia Sociedade Brasileira de Cancerologia, 2001. Disponível em: <http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/2/5/052-Brazil-Cacu-Prof.pdf> . Acesso em: 22 Ago 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad13.pdf . Acesso em: 22 Ago 2011.
- . Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **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.
- . 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- . Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012 - Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf> . Acesso em 02 abril, 2012.
- . Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Doença provocada por vírus pode evoluir para o câncer de colo de útero, causa da morte de milhares de mulheres; Sistema Único de Saúde oferece diagnóstico gratuito.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22444 . Acesso em 02 abril, 2012.

——. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. – **Tipos de Câncer. Detecção precoce do câncer do colo do útero.** Disponível em:

http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterode/deteccao_precoce

----- . Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero /** Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterode.pdf

----- . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no. 399 de 22 de Fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 22 Ago 2011.

----- . Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. **Pacto pela Vida 2008.** Disponível em

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32062. Acesso em: 02 abril 2012.

----- . Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer do colo do útero.** – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterode.pdf. Acesso em 22 Ago 2011.

——. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Oncológica.** Portaria no. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>. Acesso em 22 Ago 2011.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero**. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio . Acesso em 22 Ago 2011.

-----. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf. Acesso em 23 Ago 2011.

-----. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero – Manual para profissionais de saúde**. Brasília, 2002. Disponível em URL: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf . Acesso em 11 nov 2011.

CAPUCCI, F. **Filosofia Sampaio Góes: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – IBCC 35 anos**. São Paulo: Editora Activa Comunicação, 2003.

CARVALHO, JJM. **HPV - Câncer do Colo Uterino e Fatores Predisponentes**. Disponível em: http://www.virushpv.com.br/novo/hpv_cancer_colo_fatores.php . Acesso em 23 Ago 2011.

FRANCO, R.; AMARAL, R.G.; MONTEMOR, E.B.L.; MONTIS. D.M.; MORAIS,S.S.; ZEFERINO, L.C. **Fatores associados a resultados falso-negativos de exames citopatológicos do colo uterino**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 2006; 28(8): 479-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/07.pdf>. Acesso em 15 nov. 2011.

FRANCO, E.L.; FRANCO-DUARTE, E.; FERENCZY, A. **Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role human papillomavirus infection**.

Disponível em:

<http://www.canadianmedicaljournal.ca/content/164/7/1017.full.pdf+html>. Acesso em 15 nov. 2011.

HORWITZ, A. **“Prologo” in: Organización Panamericana de la Salud.** Oficina Sanitaria Panamericana. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Publicación Científica n. 248. Washington, DC; 1972.

LAGO, T.D.G. **Políticas Nacionais de Rastreamento do Câncer de Colo Uterino no Brasil: análise do período de 1998 a 2002.** Tese de Doutorado apresentada à Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP: 2004.

LÖWY, I. **Cancer, women, and public health: the history of screening for cervical cancer.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, jul. 2010, p.53-67.

MATOS, JC de. **Estudo comparativo entre métodos de rastreamento para o diagnóstico das lesões precursoras e do câncer do colo do útero: exame citopatológico, captura híbrida e inspeção visual [dissertação].** Porto Alegre (RS): Pós Graduação em Medicina/ UFRGS; 2002. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2012/000362907.pdf?sequence=1> . Acesso em 23 Ago 2011.

MEDEIROS, V.C.R.D. de; MEDEIROS, R.C. de; MORAES, L.M. de; FILHO, J.B.M.; RAMOS, E.S.N.; SATURNINO, A.C.R.D. **Câncer de Colo de Útero: Análise Epidemiológica e Citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte.** Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_37_04/rbac3704_07.pdf. Acesso em 11 nov. 2011.

PINHO, A.A.; MATTOS, M.C.F.I. **Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero.** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, vol 38, n3. Rio de Janeiro, Julho

2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v38n3/4036.pdf>. Acesso em 11 nov. 2011.

PINOTTI, J.A.; ZEFERINO, L.C. **Programa de Controle do Câncer Cérvico-uterino**. Campinas: Editora da Unicamp, Série Saúde da Mulher, 1987.

ROSA, M.T.M. da. **Frequência de papilomavirus humanos oncogênicos 16 e 18 e sua associação com fatores de risco e lesões do colo uterino em uma população de mulheres de Porto Alegre** [dissertação]. Porto Alegre (SC): Pós Graduação em Medicina – Epidemiologia/ UFRGS; 2005. Disponível em URL: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5334>. Acesso em 11 nov 2011.

SANTANA, E.A.; BISELLI, P. M.; BISELLI, J.M.; ALMEIDA, M. T.G.; BERTELLI, E.C.P. **Câncer Cervical: etiologia, diagnóstico e prevenção**. Arq. Ciências da Saúde 2008, out/dez; 15 (4): 199-204.

SWIERZEWSKI, S.J. **Câncer cervical overview, incidence and prevalence of cervical câncer**. Disponível em: <http://www.healthcommunities.com/cervical-cancer/overview-of-cervical-cancer.shtml>. Acesso em 11 nov. 2011.

THULER, L. **Editorial: Mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 30 (5): 216-218; 2008.

WHO. World Health Organization. **Early Edition. Cancer Control: knowledge into action. WHO. Guide for Effective Programmes; module 3**. Geneva: WHO Press, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html> . Acesso em 02 abril 2012.