

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

LAURA DOS SANTOS BOEIRA

O MITO DA VIDA QUE FOI SALVA: REFLEXÕES BIOÉTICAS SOBRE O
RASTREAMENTO DE CÂNCERES FEMININOS

Brasília, 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

LAURA DOS SANTOS BOEIRA

O MITO DA VIDA QUE FOI SALVA: REFLEXÕES BIOÉTICAS SOBRE O
RASTREAMENTO DE CÂNCERES FEMININOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Dais Gonçalves Rocha

Brasília
2017

LAURA DOS SANTOS BOEIRA

O MITO DA VIDA QUE FOI SALVA: REFLEXÕES BIOÉTICAS SOBRE O
RASTREAMENTO DE CÂNCERES FEMININOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Dais Gonçalves Rocha (presidente)
Universidade de Brasília

Eliane Maria Fleury Seidl
Universidade de Brasília

Ana Maria Almeida
Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

Às minhas avós

Aladya e Noemy

Pelo amor forte, sonhador, musical e abundante

- e pela inquietação que corre em minhas veias.

AGRADECIMENTOS

Ao reconhecer o imenso privilégio que é concluir mais essa etapa de formação, especialmente num país onde o ensino superior ainda é de acesso restrito à boa parte da população, agradeço às políticas públicas de educação que permitiram que minha experiência universitária fosse mais colorida, mais consciente e mais engajada.

Ao Sistema Único de Saúde, gigante, belo, diverso, potente... por me acolher em tantos momentos. Em seus caminhos tortuosos, aprendi tanto sobre a vida!

Das pessoas que conheci nas universidades, nos serviços de saúde, nas gestões públicas e nas ruas, agradeço àquelas que acreditam, resistem e lutam por um Brasil menos injusto. Em especial, às pessoas atentas para não reproduzir violências e opressões, mesmo nas mais singelas interações.

À minha orientadora Dais, pela companhia tão viva e afetiva, pela generosidade em partilhar, por “me ajudar a olhar” a imensidão.

Ao Davi, por se enveredar comigo, pelos sonhos lindos que navegamos, juntos, “no oceano dos lençóis”. E quem irá dizer que não existe razão nas coisas feitas pelo coração?

À Brasília, paixão insuspeita, pelas casas em forma de gente.

Às incríveis mulheres que, nesses anos, dividiram comigo dores e sonhos, por me emprestarem força, propósito, palavras, braços e abraços.

Às amigas que tecemos Brasil afora, pela permanência mesmo em distâncias, pelo exercício constante do companheirismo. Sem essas pessoas que me acompanham, e que faço questão de amar com toda a intenção e toda a intensidade, não haveria sentido no caminhar. Vocês estão aqui – e em mim.

Ao meu pai, por me ensinar a rir e a argumentar, por me ampliar a dimensão da poesia e pelas bochechas. Por toda liberdade que pude experimentar em tua constância.

À minha mãe, por me ensinar a chorar e a dar e receber carinho, por me inundar de abraços e de arte – e pelo teu “ar”, que me inspira e que expiro cada dia mais. Por toda a segurança que descansa no teu colo.

“Lo que puede el sentimiento no lo ha podido el saber”

(Violeta Parra, que escuto na voz da Mercedes)

RESUMO

O presente estudo aborda o tema dos rastreamentos de câncer de mama e câncer de colo do útero, sob a ótica da Bioética de Intervenção e das Abordagens Feministas da Bioética. A partir de uma revisão de literatura sobre os riscos e benefícios dos procedimentos de mamografia e exame citopatológico, bem como suas recomendações nacionais e internacionais, o estudo situa a realização desses exames no Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivou-se compreender a articulação entre as políticas públicas sobre o tema, a realização dos exames, a atuação e os discursos dos profissionais de saúde e os impactos dessas intervenções nos corpos femininos. Foram obtidas informações sobre a realização dos procedimentos no TABNET/DATASUS e se fez uma análise de conteúdo das páginas da *internet* dos Conselhos Federal de Medicina, Enfermagem e Técnicos em Radiologia, a partir dos descritores “mamografia”, “exame citopatológico” e “Papanicolau”. Os resultados evidenciaram um destaque para o câncer de mama em detrimento do câncer de colo do útero, com discursos profissionais mediados pelos interesses do mercado. A manipulação dos corpos femininos pelo uso dessas tecnologias foi desvelada pelas dimensões bioéticas da Equidade, Corporeidade, Solidariedade crítica, Vulnerabilidade, Interseccionalidade, Prudência, Prevenção, Precaução e Proteção. Conclui-se que a efetividade do rastreamento na redução da mortalidade das mulheres por esses cânceres parece estar comprometida por interesses mercadológicos e corporativistas. A realização dos exames de rastreamento no SUS ocorre de forma indiscriminada, com graves conflitos bioéticos e atravessamentos de gênero, raça e classe social. O estudo aponta para a necessidade de mudanças a nível de sistema de saúde, de regulação das indústrias, de produção de conhecimento, de formação e atuação dos profissionais de saúde e de ação social, de modo a não perpetuarmos as iniquidades sociais que a abordagem atual aos cânceres de mama e de colo do útero causa.

Palavras-chave: Rastreamento; Câncer de mama; Câncer de colo do útero; Bioética.

ABSTRACT

This study approaches the subject of breast and cervical cancer screening, through the contributions of Intervention Bioethics and Feminist Approaches to Bioethics. Through a literature review concerning the risks and benefits of mammogram and pap-smear procedures, as well as the national and international recommendations for screening, this study situates how these procedures are being conducted within the Brazilian National Healthcare System. The objective was to better understand the relation between public policies, procedures' implementation, health workers' performances and speeches and its impact in women's bodies. Information concerning the screening procedures was attained through TABNET/DATASUS and a content analysis was conducted using the search results, available in the websites of the Federal Councils of Medicine, Nursing and Radiology Technicians, for the following key-words: "mammogram", "cervical smear" and "pap-smear". The results found a greater highlight towards breast cancer if compared to cervical cancer, with health workers' speeches mediated by market interests. Women's bodies are being subjected to these technologies, a fact that can be analyzed through bioethics' concepts such as Equity, Embodiment, Critical Solidarity, Vulnerability, Intersectionality, Prudence, Prevention, Precaution and Protection. As a conclusion, it seems that the effectiveness of cancer screening towards a mortality reduction is being compromised by market and corporatist's interests. Breast and cervical cancer screening is being conducted, in Brazil, indiscriminately, portraying great bioethical conflicts and gender, race and social class crossings. The study points to the need of changes within the health system, the industries' regulation, the knowledge production and the health workers' education and performance, as well as social engagement in order to put an end to the social inequities that breast and cervical cancer screening seems to evidence.

Key-words: Screening; Breast Cancer; Cervical Cancer; Bioethics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Quando ocorre o sobrediagnóstico?.....	24
Figura 2 - Razões e soluções para o enfrentamento do sobrediagnóstico e uso excessivo de tecnologias na saúde.....	25
Figura 3 – Representação espacial das taxas brutas de incidência de neoplasia maligna da mama por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação do Brasil.....	27
Figura 4 – Realização de rastreamento com mamografia por país.....	30
Figura 5 – Estimativa de benefícios e riscos de rastreamento anual com mamografia.....	33
Figura 6 – Representação espacial das taxas brutas de incidência de neoplasia maligna do colo do útero por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação do Brasil.....	35
Figura 7 – Realização de rastreamento com exame citopatológico por país.....	39
Figura 8 – Percepção e real efeito da mamografia.....	45
Figura 9 – Conceitos das Abordagens Feministas da Bioética e da Bioética de Intervenção, e suas intersecções.....	58
Figura 10 – Linha do tempo das políticas públicas de rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero, de 1990 a 2004.....	70
Figura 11 – Linha do tempo das políticas públicas de rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero, de 2005 a 2012.....	71
Figura 12 – Linha do tempo das políticas públicas de rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero, de 2013 a 2016.....	72
Figura 13 - Produção de exames de rastreamento de câncer de mama no Brasil entre janeiro de 2010 e julho de 2015, por faixa etária.....	75
Figura 14 - Produção de exames de rastreamento de câncer de mama, no Brasil, entre janeiro e dezembro de 2012, por necessidade de acordo com a faixa etária da população.....	76
Figura 15 - Produção de exames de rastreamento de câncer de mama, no Brasil, entre janeiro de 2010 e julho de 2015, por periodicidade.....	77

Figura 16 - Produção de exames de rastreamento de câncer de colo do útero no Brasil entre janeiro de 2010 e julho de 2015, por faixa etária.....	79
Figura 17 - Produção de exames de rastreamento de câncer de colo do útero, no Brasil, entre janeiro e dezembro de 2012, por necessidade de acordo com a faixa etária da população.....	80
Figura 18 - Produção de exames de rastreamento de câncer de colo do útero, no Brasil, entre janeiro de 2010 e julho de 2015, por periodicidade.....	81
Figura 19 – Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 2 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero...	103
Figura 20 – Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 1 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero...	105
Figura 21 – Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 5 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero...	106
Figura 22 – Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 3 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero...	108
Figura 23 – Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 4 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero...	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade e pela população brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, entre 2010 e 2014.....	28
Tabela 2 - Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero, brutas e ajustadas por idade e pela população brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, entre 2010 e 2014.....	37
Tabela 3 – Resultado da pesquisa por descritores nas páginas da <i>internet</i> dos Conselhos.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BI – Bioética de Intervenção
BVS - Biblioteca Virtual de Saúde
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CFM - Conselho Federal de Medicina
CGAPDC - Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CONTER - Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia
DUBDH - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
HPV - Vírus do Papiloma Humano
INCA - Instituto Nacional de Câncer
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNPCC - Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
PNQM – Programa Nacional de Qualidade da Mamografia
Qualicito - Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero
SBM - Sociedade Brasileira de Mastologia
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SDM - Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SISCOLO - Sistema de Informação do câncer do colo do útero
SISMAM - Sistema de Informação do câncer e mama
SRC - Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero
SUS - Sistema Único de Saúde
TABNET/DATASUS - Informações de Saúde do Departamento de Informática do SUS

TCU - Tribunal de Contas da União

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1. DA IMPLICAÇÃO (ou “Declaração de Conflito de Interesses”)	14
2. INTRODUÇÃO.....	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 RASTREAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA	20
3.1.1 Benefícios e danos de um programa de rastreamento na saúde pública	22
3.2 RASTREAMENTO PARA CÂNCER DE MAMA.....	26
3.2.1 Recomendações nacionais e internacionais para rastreamento de câncer de mama	28
3.2.2 Benefícios e danos do rastreamento com mamografia	31
3.3 RASTREAMENTO PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	35
3.3.1 Recomendações nacionais e internacionais para rastreamento de câncer de colo do útero	37
3.3.2 Benefícios e danos do rastreamento com exame citopatológico	39
3.4 VOZES SOBRE OS CORPOS FEMININOS, VOZES AOS CORPOS FEMININOS.....	41
3.5 OLHARES DA BIOÉTICA.....	47
3.5.1 Bioética de Intervenção (BI).....	50
3.5.2 Abordagens Feministas da Bioética.....	52
3.5.3 Críticas e aproximações entre a Bioética de Intervenção e as Abordagens Feministas da Bioética.....	54
4. OBJETIVOS	59
4.1 OBJETIVO GERAL.....	59
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	59
5. PERCURSOS METODOLÓGICOS	60
5.1 LIMITAÇÕES.....	67
6. RESULTADOS	70
6.1 LINHA DO TEMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E COLO DO ÚTERO NO SUS.....	70
6.2 COMPARAÇÃO ENTRE A PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO SUS E AS DIRETRIZES NACIONAIS E INTERNACIONAIS SOBRE O TEMA	75
6.2.1 Exame de mamografia de rastreamento	75
6.2.2 Exame citopatológico de colo do útero.....	79

6.3 ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS PÁGINAS NA INTERNET DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS RELACIONADOS AOS EXAMES DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E DE COLO DO ÚTERO	83
6.3.1 Análise de conteúdo a partir do descritor “mamografia”	83
6.3.1.1 Singularidades e silêncios do conteúdo sobre rastreamento de câncer de mama.....	93
6.3.2 Análise de conteúdo a partir dos descritores “exame citopatológico” e “papanicolau”	94
6.3.2.1 Singularidades e silêncios do conteúdo sobre rastreamento de câncer de colo do útero.....	99
7. DISCUSSÃO E REFLEXÕES: OS OLHARES DA BIOÉTICA SOBRE O RASTREAMENTO DOS CÂNCERES DE MAMA E DE COLO DO ÚTERO NO BRASIL...	102
7.1 “O MITO DA VIDA QUE FOI SALVA”	112
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES.....	135

1. DA IMPLICAÇÃO (ou “Declaração de Conflito de Interesses”)

A jovem procura um médico.

Ela tem 23 anos e uma queixa ginecológica.

Ela já coletou mais de seis exames citopatológicos na vida, todos normais.

Começa a pensar que já teve mais variedade de espéculos dentro de si do que parceiros humanos.

Naquele mesmo ano, já tinha se submetido a outro exame citopatológico, embora, recentemente, fora informada que só deveria ter começado a coletá-los com 25 anos. Que, antes dessa idade, o Ministério da Saúde afirma não haver uma balança favorável de benefícios para sua saúde.

Chega ao médico e, antes mesmo de expor sua queixa, ele recomenda:

- a) que ela tire a roupa e coloque o avental;*
- b) que ele realize, naquela consulta, o exame citopatológico (que consiste na adoção de uma postura de “peru de natal virado”, seguida da inserção de um espéculo - instrumento com formato de pênis, que alarga as paredes da vagina -, seguida de desconfortável exploração do colo do útero com escovas e espátulas); e*
- c) que ela, posteriormente, realize uma ecografia transvaginal (inserção de um instrumento comprido e grosso, com formato de pênis, que emite ondas internas na vagina, para observação do útero e dos ovários).*

A jovem questiona a necessidade de realização dos exames, considerando que sente sua vagina com alguma ardência e já um pouco machucada. Informa que conhece as recomendações clínicas para realização dos exames, e não compreende a relevância de fazê-los.

O médico responde “Ah, que bom conhecer alguém que tem cognição para entender isso, o fato é que atendo muitas jovens promíscuas aqui, então faço sempre todos os exames porque elas se expõem muito”.

Não há recomendação clínica que separe as jovens promíscuas das monogâmicas.

Trago esse relato de uma vivência pessoal, pela importância de ofertar à pessoa que lê o lugar desde onde escrevo. Escrevo desde o lugar de uma mulher que, antes mesmo da puberdade, foi estimulada pela televisão, pelas revistas e pelo convívio social a situar o cuidado do meu corpo no campo da medicina. A primeira menstruação foi um evento disparador para começar a frequentar ginecologistas, embora não houvesse anormalidade alguma nos meus ciclos. O início das minhas experiências sexuais foi acompanhado do alerta sobre a necessidade de medicalização e de realização de exames constantes (semestralmente, na recomendação do médico que eu frequentava à época) para aferir se o sexo não

estava danificando meu corpo. Houve profissionais que prescreveram a realização de mamografias aos 25 anos, devido aos perigos do câncer de mama. Houve profissionais que prescreveram testagens genéticas variadas para “garantir que tudo está bem”.

Ocorre que meu ambiente de trabalho, antes e logo após me formar psicóloga, foi em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhando com pessoas com câncer e as equipes que as atendem. Nesse período, em capacitações diversas, pude acompanhar debates sobre as evidências científicas mais atuais a respeito dessas doenças, bem como eventos de “conscientização” realizados pela indústria farmacêutica e sociedades profissionais, verificando as imensas disparidades de informação entre um espaço e outro. Assim, quando passo a trabalhar no Ministério da Saúde (MS), na Coordenação que, junto ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), desenvolvia as diretrizes e as políticas públicas sobre câncer, acompanho de perto indicadores da saúde pública e da saúde suplementar, que convergem para um panorama de realização indiscriminada de exames e intervenções, em corpos até então saudáveis e, em sua maioria, femininos. Esses corpos femininos, que também representam o meu corpo e as minhas vivências, sendo expostos a riscos e danos pouco debatidos. Em contrapartida, uma superexposição a discursos de “cuidado” e “prevenção” em saúde, que alternam o apelo ao amor (“Quem se ama, se cuida”) e à culpa (“Câncer tem cura, só depende de você! Previna-se”).

Acompanhei, nessa época, os debates na esfera legislativa acerca do tema, massivamente pautados pela indústria farmacêutica e pelas sociedades profissionais. Acompanhei, também, as reivindicações da sociedade civil organizada, em boa parte organizações de usuários e usuárias do SUS e de planos de saúde, solicitando mais acesso à saúde, ali compreendido como mais acesso a exames, repletos de relatos contundentes sobre suas experiências de adoecimento. E, no apoio que prestava aos estados do Amapá, de Pernambuco e do Rio Grande do Sul, contemplei os imensos abismos sociais que distinguem tão marcantemente as possibilidades da saúde, os perfis epidemiológicos e os discursos médicos em cada região.

Minha inquietação crescia ao pensar como um corpo feminino aparentemente saudável é caracterizado socialmente como um objeto a ser controlado. De que forma observamos isso, quais discursos e silêncios sustentam essas práticas, quais

as implicações delas nas esferas individuais e coletivas da saúde pública, e como dialogam com a lógica de mercado vigente? A aproximação com a Bioética ocorre por enxergar, nessas questões, o pano de fundo das éticas de vida, das vidas que são - ou não – possíveis. Percorro as evidências científicas que buscam normatizar as práticas de rastreamento de câncer em mulheres, os dados dos sistemas de informação em saúde, os textos que analisam o papel da medicina nesse encontro com a mulher e textos da Bioética e das ciências sociais. Me aproximo e me afasto da universidade, ao reconhecer seus códigos secretos e me engajar em traduzi-los, transformá-los. Fico perplexa ao perceber os muros que nos separam e tento apostar em ferramentas de tradução de conhecimento para aproximar saberes e indagar a universidade sobre seu papel social.

Atravesso e sou atravessada pelos discursos das usuárias do SUS, das pessoas que trabalham no campo da saúde pública, das indústrias que desenvolvem as tecnologias, da mídia que ecoa contradições. Busco, também, a escrita e a literatura como amparos artísticos para esse profundo mergulho em temas ora tão áridos, ora tão doídos. A arte traz a humanidade que a ciência e os números, por vezes, tentam esconder. Esse trabalho é um acerto de contas. É, também, uma caminhada em busca de sentidos para o sofrimento oriundo da experiência de manipulação de um corpo - o meu – pelas muitas mãos que moldam as possibilidades de uma mulher ser e sobreviver.

2. INTRODUÇÃO

O presente trabalho debruça-se sobre o tema do rastreamento de câncer de mama e colo do útero no Brasil, considerando algumas de suas dimensões a partir de olhares da Bioética. As ações de rastreamento de patologias são objeto constante de estudos, especialmente no âmbito da saúde pública, devido à necessidade de atestarmos as dimensões de custo-efetividade da intervenção, de viabilidade de ofertar exames complementares ao rastreamento na rede de saúde existente, além do conhecimento acerca dos danos e benefícios que tais ações apresentam à população. Uma ação de rastreamento, por representar a oferta de intervenção em saúde para uma população assintomática, envolve esferas de gestão, profissionais que atuam no desenvolvimento de pesquisas, profissionais que atuam diretamente na atenção e usuárias e usuários do sistema de saúde, em um processo intrincado de relações de saber e de poder, atravessado por conflitos de interesse, dificuldades na comunicação e na transparência das informações e um marcante debate acerca da autonomia do sujeito nas decisões do cuidado em saúde.

Com o envelhecimento da população, o câncer desponta como uma das patologias mais incidentes e importante causa de mortalidade, atraindo, assim, a atenção dos múltiplos atores que produzem discursos e práticas no campo da saúde pública. Nas ações de rastreamento de câncer, recentemente, passamos a debater os riscos inerentes a tais intervenções, cujo impacto não está circunscrito apenas à dimensão individual, mas à saúde pública enquanto um campo de responsabilidades partilhadas e coletivas, atravessada por restrições financeiras e de acesso que comprometem a garantia de equidade e justiça. Frente a novas tecnologias em saúde, é essencial explorarmos a dimensão dos benefícios e danos, a fim de não prescrevermos condutas à população unilateralmente, mas proporcionarmos debates acerca das informações disponíveis para auxiliar o sujeito no seu processo de escolha.

Esta discussão, no Brasil, ainda é incipiente e, quando surge, parece ficar restrita ao meio acadêmico e aos profissionais de saúde, especialmente os médicos. As usuárias e os usuários do sistema de saúde, portanto, são costumeiramente

excluídos do processo de decisão e privados de informações amplas acerca dos possíveis danos dos procedimentos aos quais são submetidos. Atualmente, são ofertadas às mulheres a possibilidade de procedimentos de rastreamento de cânceres de mama e de colo do útero no SUS, todavia ainda não garantimos o acesso equitativo a esses procedimentos. Ao mesmo tempo, o rastreamento é, muitas vezes, prescrito às mulheres como obrigação e não como opção.

A aparente contradição entre os discursos de estímulo acríptico à realização de exames de rastreamento e o fato de seguirmos ofertando os mesmos para mulheres fora da faixa etária indicada sem conseguirmos ofertá-los, até hoje, a todas as mulheres que poderiam se beneficiar do procedimento, nos levaram à pergunta: *De que forma a Bioética pode nos ajudar a pensar o fenômeno do rastreamento de câncer de mama e colo do útero no SUS e suas implicações sociais?* Tal debate é permeado por questões caras à Bioética, que atravessam desde a relação médico-paciente, passando pela sustentabilidade de um sistema público e universal de saúde, até chegar nas iniquidades sociais e violências de raça e de gênero que persistem como marcadores de uma vulnerabilidade distribuída de forma desigual em nosso país.

Também indagaremos a respeito do papel dos profissionais de saúde como mediadores dos discursos sobre o tema: ao realizar uma prescrição ou encaminhamento para realização de um exame, o profissional de saúde põe em ato um diálogo entre as normativas da gestão, as diretrizes científicas, os interesses da indústria e as condutas das usuárias do SUS. Olharemos para as formas como os profissionais responsáveis por esses exames no SUS estão sendo orientados pelos seus respectivos conselhos profissionais, órgãos que conduzem as suas normativas éticas e laborais, e, assim, refletiremos sobre quais discursos eles estão autorizados a reproduzir junto às usuárias.

Na escolha sobre com quais abordagens da Bioética iríamos dialogar acerca desse tema, selecionamos um grupo de contribuições que auxiliam a pensar tanto o contexto brasileiro, quanto a dimensão de gênero que se coloca diante dos corpos femininos que são tantas vezes objeto destas intervenções. Assim, nossa interlocução se dá junto à Bioética de Intervenção e às Abordagens Feministas da Bioética, não só buscando possíveis explicações para os dados coletados, como provocando reflexões acerca de um necessário rompimento com as lógicas vigentes na produção de conhecimento científico, na formação e na orientação de

profissionais para o cuidado em saúde e nas relações entre o público e o privado no campo da saúde. Na vasta oferta de saberes da Bioética, buscamos referências que pensem os sujeitos constituídos por e inseridos em uma sociedade, cujas desigualdades impactam sobremaneira nas possibilidades de vivência e sobrevivência.

Diante desse cenário, nosso trabalho caminhará por: i) a condução de uma revisão bibliográfica acerca das evidências científicas disponíveis no âmbito dos benefícios e danos de ações de rastreamento em câncer de mama e colo do útero no Brasil; ii) a construção de uma linha do tempo das políticas públicas relacionadas ao tema; iii) o estudo da produção de procedimentos de rastreamento de câncer de mama e colo do útero no SUS nos últimos anos; iv) a análise do conteúdo veiculado sobre o tema nas páginas da *internet* dos conselhos profissionais relacionados a esses procedimentos; e, por fim, v) a discussão crítica desse material a partir dos olhares das abordagens da Bioética supracitadas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 RASTREAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA

*“Por vezes só assustam.
Abrem uma fenda na pele e depois fecham-na.
Arrumam os aparelhos.
Dizem: nenhuma doença; e sorriem.
Afastam-se, e você começa a vestir-se.
Outras vezes é diferente.
Fazem pequenos cortes.
Tocam-lhe com os aparelhos.
Tiram pequenas coisas do seu corpo,
não interessa o quê;
não magoam” (1)*

O INCA (2) aponta que o rastreamento (*screening*) é o exame de pessoas saudáveis (sem sintomas ou riscos específicos para o desenvolvimento de doenças) com o objetivo de selecionar aquelas com maiores chances de ter uma enfermidade por apresentarem exames alterados ou suspeitos e que, portanto, devem ser encaminhadas para investigação diagnóstica, visando à redução da morbimortalidade pela doença. O rastreamento pode ser oportunístico ou realizado através de um programa organizado (3), e estas formas de oferta dependem, entre outros fatores, da gestão e da organização dos serviços de saúde, da disponibilidade de dados epidemiológicos que sustentem a escolha e da convocação da população. A maioria dos países, que adota o rastreamento, o faz de forma oportunística, ou seja, a pessoa que chega ao serviço de saúde com alguma queixa ou demanda é questionada, orientada e encaminhada pelo profissional que a atende para realização de rastreamento, caso esteja na faixa etária prevista.

Este modelo oportunístico, o qual ocorre no Brasil, não é ideal, já que não garante ampla cobertura populacional e apresenta menor impacto na redução da morbimortalidade pela doença rastreada. Todavia a implementação de um programa

organizado de rastreamento exige uma estrutura adequada, que muitos países – o nosso incluído - não possuem. Os pilares de um programa organizado incluem acesso fácil aos procedimentos; agilidade na realização; garantia de exames complementares para diagnóstico e seguimento de tratamento, se necessário; boas evidências científicas sustentando as recomendações; e informação ampla acerca das implicações do rastreamento (3). Programas organizados, em geral, fazem convocatórias de toda a população-alvo para o procedimento, através dos serviços de saúde ou mesmo contato pelos correios, e garantem o acompanhamento longitudinal da pessoa.

Wilson e Jungner (4) estabeleceram alguns critérios para que fosse implementado o rastreamento de alguma doença, a saber: esta representar um importante problema de saúde pública, relevante para a população; a sua história natural ser bem conhecida; a existência de estágio pré-clínico (assintomático) bem definido, durante o qual a doença possa ser diagnosticada; a superioridade do benefício de detecção e de tratamento precoce; a disponibilidade, a aceitabilidade e a confiabilidade dos exames de rastreamento para a população; o custo destes exames e do posterior tratamento ser compatível com o orçamento da saúde; e o rastreamento ser contínuo e sistemático. No entanto, para convocar a população à realização de exames periódicos, é essencial conhecer os possíveis danos dessas intervenções.

Louise et al. (5) apontam para a necessidade de debatermos com os usuários e as usuárias do sistema de saúde, especialmente entre as pessoas idosas, a questão de realizar ou não algum exame de rastreamento, considerando tanto os dados quantitativos de riscos e benefícios, quanto os valores e preferências da pessoa. O rastreamento, por implicar a convocatória de pessoas, a princípio, não adoecidas, exige atenção às implicações éticas da prescrição dos procedimentos, já que o papel dos profissionais de saúde seria, nesse caso, o de aconselhar e informar às pessoas sobre o panorama geral do procedimento, jamais o de impor condutas (6).

O rastreamento parece sustentar-se, em boa parte, no senso comum de que é “melhor prevenir do que remediar”. É necessário, aqui, voltar brevemente ao conceito de prevenção proposto por Leavell e Clark (7), os quais definiram três níveis de prevenção, a saber: a prevenção primária, que visa a remover causas ou fatores de risco de doenças antes que as mesmas ocorram; a prevenção

secundária, que se refere às ações de detecção precoce de algum problema de saúde antes que o mesmo se agrave; e a prevenção terciária, que é o cuidado empregado em problemas de saúde já agravados, buscando a redução dos prejuízos que os mesmos causam aos indivíduos.

O rastreamento do câncer de colo do útero, capaz de detectar uma lesão antes desta se tornar câncer, poderia ser um exemplo de prevenção primária, ao passo que o de mama, capaz de detectar precocemente a doença já existente, seria um exemplo de prevenção secundária (8). A Organização Pan-Americana de Saúde (9), no entanto, após o surgimento da vacinação para HPV, situa a vacinação como prevenção primária e o rastreamento com exame citopatológico como prevenção secundária. Mais recentemente, emergiu o debate acerca da prevenção quaternária, a qual pode ser facilmente observada na prescrição excessiva e acrítica de exames (10). A prevenção quaternária seria um tipo de prevenção relacionado ao risco de adoecimento por intervenções excessivas, preventivas ou diagnósticas. Representa a preocupação que todos os profissionais devem cultivar frente às intervenções clínicas desnecessárias, compreendendo que toda a intervenção tem potencial de dano e, assim, é possível que uma ação de cuidado, se excessiva, se transforme em um risco à saúde da população-alvo.

O papel dos profissionais de saúde é essencial em diferenciar os tipos de prevenção disponíveis e situar para a população quais desfechos são possíveis em cada cenário. Para tanto, é preciso partir da premissa de que todo o rastreamento possui danos inerentes e apenas alguns agregam benefícios em um balanço favorável de modo a compensar os danos (11). Assim, não é responsável sustentar práticas que promovam o rastreamento de doenças entre a população saudável de forma acrítica, tampouco enganosa - por exemplo, quando dizemos que a mamografia previne o câncer de mama, induzimos as mulheres a imaginar a prevenção primária da doença. Da mesma forma, é preciso atuar ativamente na prevenção quaternária, informando e protegendo a população acerca de excessos de prescrições e suas implicações.

3.1.1 Benefícios e danos de um programa de rastreamento na saúde pública

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) aponta como princípios a maximização dos benefícios diretos e indiretos da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas, bem como a minimização de possíveis danos, como aspectos intimamente relacionados à dignidade humana nos cuidados em saúde (12). Reconhece, também, a necessidade de promovermos o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, situando o acesso à saúde e às tecnologias na perspectiva dos direitos humanos, articulando a responsabilidade das escolhas individuais com os impactos sociais.

Os benefícios esperados de um procedimento de rastreamento, conforme já mencionado, estão relacionados à redução da morbimortalidade de uma doença, numa aposta de que a conduta recomendada auxilie na detecção precoce de patologias que, quando diagnosticadas tardiamente, apresentam prognósticos piores. Dentre os possíveis danos, ressalta-se:

- os resultados falso-negativos, onde os exames não detectam anormalidades existentes e trazem uma sensação equivocada de proteção ao sujeito. Esses resultados podem ocorrer devido à falta de manutenção do aparelho que realiza o exame, a um posicionamento inadequado da pessoa durante a realização, a uma coleta realizada de forma imprecisa ou mesmo a uma análise equivocada do profissional responsável pelo laudo (3).

- os resultados falsos-positivos, os quais apontam para uma anormalidade que, de fato, não existe. Estes implicam a realização posterior de outras intervenções de investigação diagnóstica, completamente desnecessárias, além de gerar custos evitáveis, e preocupação e ansiedade nas pessoas (3).

- o sobrediagnóstico (Figura 1), que é o diagnóstico de uma doença encontrada pelo rastreamento, a qual evoluiria tão lentamente, ou sequer evoluiria clinicamente, e não causaria prejuízos à saúde da pessoa, e o posterior sobretratamento, o qual representa a realização de tratamentos desnecessários que podem provocar problemas graves que interferem na qualidade de vida da pessoa ou mesmo aumentar o risco de morte da mesma.

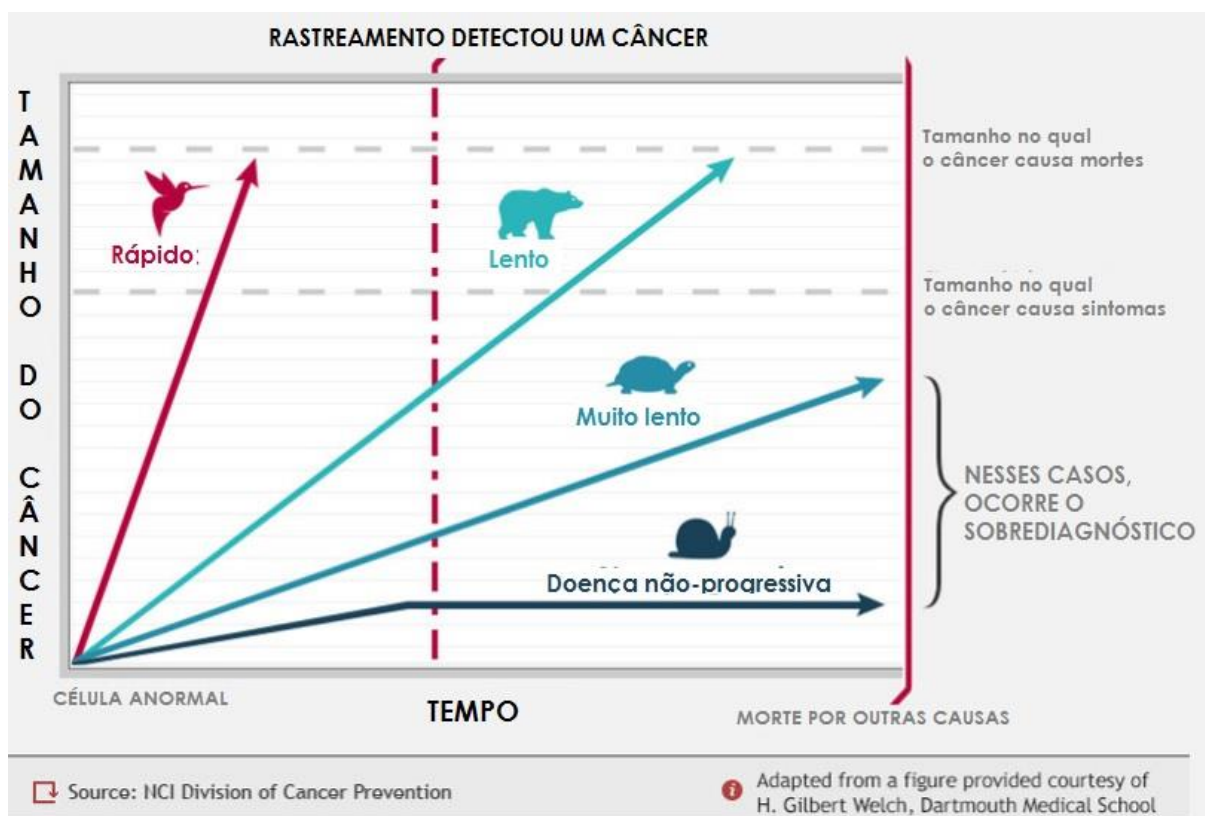


Figura 1 – Quando ocorre o sobrediagnóstico?

Fonte: Traduzido e adaptado de NCI (13)

Gøtzsche et al. (14) chamam atenção para o fato que, no câncer, há algumas alterações celulares iniciais que são identificadas pelo exame de rastreamento, as quais poderiam ser pensadas como “pseudo-cânceres”, que podem regredir espontaneamente ou nunca se desenvolverem. Por outro lado, como não temos meios de diferenciar células que apresentam ou não perigo de se desenvolverem em câncer, sempre que essas são identificadas num exame, a pessoa em questão é tratada (sobretreamento) para um câncer que não existe ou uma doença tão indolente que nunca se manifestaria. Os testes diagnósticos, cada vez mais sensíveis, criam uma grande zona cinzenta entre o que é normal e o que é patológico – e, na dúvida, os profissionais de saúde, em geral, optam por tratar qualquer alteração como se doença fosse (15).

Pathirana, Clark e Moynihan (16) sugerem cinco possíveis eixos (Figura 2) que concentram razões para a ocorrência de sobrediagnóstico e uso excessivo de tecnologias, a saber: questões culturais, sistemas de saúde, indústria e tecnologia, profissionais de saúde e pacientes e população em geral. Propõem soluções possíveis para enfrentar esse problema, ressaltando a importância da decisão

compartilhada entre paciente e profissionais de saúde, além da necessária abordagem frente ao excesso de dependência e de confiança em relação aos exames e testes, em detrimento da valorização do conhecimento técnico e do conhecimento da pessoa sobre seu próprio corpo.



Figura 2 - Razões e soluções para o enfrentamento do sobrediagnóstico e uso excessivo de tecnologias na saúde

Fonte: Traduzido e Adaptado de Pathirana, Clark e Moynihan (16)

Os possíveis benefícios e danos, todavia, estão articulados em uma complexa balança que pesa dimensões individuais e coletivas: o rastreamento só cumprirá com seu objetivo de reduzir mortes se garantidos os próximos passos de diagnóstico e tratamento da doença em questão. Assim, um exame alterado, por si só, é inútil tanto ao sistema de saúde, como à mulher, para quem esse procedimento isolado pode representar apenas dor e angústia. Já um exame realizado em periodicidade

ou faixa etária sem recomendação, além de expor a mulher aos riscos acima mencionados, causa desperdício de recursos e infla as demandas do sistema de saúde. Além disso, o diálogo constante entre as ofertas da saúde privada e da saúde pública facilmente pode promover ênfase, em escala populacional, ao consumo de procedimentos com grande interesse do mercado, mas limitado benefício à sociedade.

3.2 RASTREAMENTO PARA CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, com estimativa de mais de 55 mil casos novos da doença no Brasil no ano de 2016 (17). É uma patologia bastante heterogênea, sendo alguns fatores de risco para o desenvolvimento deste câncer o envelhecimento, uma história familiar de câncer de mama e hábitos de vida pouco saudáveis, relacionados ao uso de álcool, ausência de prática de exercícios físicos e sobrepeso ou obesidade. No que tange ao câncer de mama de componente genético, apenas um em cada dez casos da doença estão relacionados com história familiar de câncer de mama.

É o tumor mais incidente em quatro regiões do país (Figura 3), com destaque para as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Em geral, as taxas de mortalidade são mais elevadas em regiões mais desenvolvidas socioeconomicamente, mas o câncer de mama já figura como a principal causa de morte em regiões menos favorecidas (17):

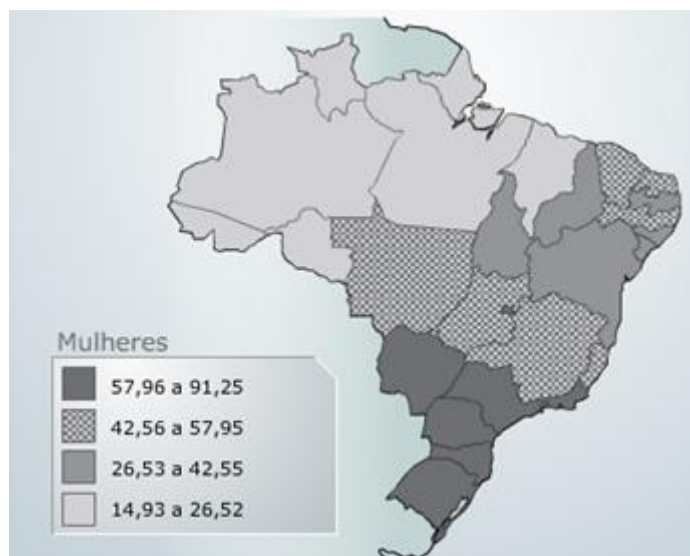


Figura 3 – Representação espacial das taxas brutas de incidência de neoplasia maligna da mama por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação do Brasil

Fonte: INCA (17).

No Brasil, no acesso à detecção precoce de câncer de mama e à cirurgia ainda é atravessado por marcadas desigualdades regionais, sendo o acesso mais baixo na Região Norte e mais alto na Região Sul (18). Avaliando os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 2003, Lima-Costa e Matos (19) verificaram maior realização de mamografias entre mulheres mais jovens, embora a incidência da doença aumente com a idade. Também relacionam a realização de mamografia com o número de consultas médicas, apontando que o acesso ao procedimento parece ser mediado por esses profissionais de saúde.

Um estudo (18) dos dados dos sistemas de informação do SUS acerca da realização de procedimentos relacionados ao câncer de mama, em 2010, evidenciou baixa cobertura de mamografia entre a população-alvo, sendo 32% para mulheres entre 50-59 anos e 25% para mulheres entre 60-69 anos. Observou-se, também, uma baixa realização de biópsias entre mulheres com achados radiológicos anormais, mas um número de cirurgias para câncer de mama maior do que o número de casos detectáveis pela mamografia. Na hipótese das autoras, isso pode indicar que foram realizadas, no SUS, cirurgias com diagnóstico de neoplasia maligna de mama que, na verdade, representavam casos de doença benigna.

No Brasil, observamos (Tabela 1) a concentração das maiores taxas de mortalidade por câncer de mama entre as mulheres com 50 anos ou mais, com

crescimento marcante por faixa etária entre as mulheres das regiões centro-oeste, sudeste e sul, as quais também apresentam a maior taxa geral de mortalidade por câncer de mama se considerarmos o ajuste pela população brasileira. Os dados brasileiros ratificam a informação de que as taxas de mortalidade por essa doença são, em geral, mais elevadas nas regiões mais desenvolvidas socioeconomicamente (17).

Tabela 1 - Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade e pela população brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, entre 2010 e 2014

Faixa etária	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
30 a 39	4,1	5,51	4,85	6,34	6,31
40 a 49	13,74	16,88	17,29	19,31	18,95
50 a 59	23,17	29,62	34,48	36,68	37,11
60 a 69	29,07	35,07	49,97	53,83	56,15
70 a 79	34,47	44,22	61,29	68,16	72,68
80 ou mais	48,76	71,26	95,75	117,49	129,05
Total: Taxa ajustada (população brasileira)	8,37	10,65	12,94	14,42	14,88

Fonte: Atlas da Mortalidade/INCA.

Por representar a maior causa de morte em mulheres em todo o mundo e apresentar maior incidência em países centrais e periféricos, diversas modalidades de rastreamento do câncer de mama são realizadas e estudadas internacionalmente.

3.2.1 Recomendações nacionais e internacionais para rastreamento de câncer de mama

Todas as recomendações acerca de rastreamento que discutiremos são destinadas a mulheres sem história de câncer de mama na família e sem riscos específicos para a doença, chamadas, aqui, de mulheres assintomáticas. As recomendações emitidas pelos órgãos de saúde dos países, em geral, são

diferentes para as mulheres assintomáticas e para as mulheres com alto risco para desenvolvimento da doença. Um estudo (20) que analisou, entre 2007 e 2008, a implementação de programas de rastreamento de câncer de mama e de colo do útero em 16 países, identificou importante variação na faixa etária e periodicidade dos programas de câncer de mama, sendo que metade dos países iniciava mamografia de rastreamento a partir dos 50 anos e, em média, numa periodicidade a cada dois anos. Embora sejam dados antigos, podemos observar, a seguir, que ainda há uma variação nas recomendações.

O procedimento mais utilizado para rastreamento é a mamografia, sendo que as Diretrizes para detecção precoce de câncer de mama no Brasil (21) têm recomendação contrária ao ensino do autoexame das mamas e não concluem uma recomendação sobre o exame clínico das mamas, onde um profissional de saúde palpa as mamas da mulher durante consulta. As referidas Diretrizes (21) indicam a realização de mamografia para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. É uma recomendação favorável fraca, com os possíveis benefícios sendo provavelmente semelhantes aos danos para mulheres de 50 a 59 anos, e superando os danos para mulheres de 60 a 69 anos. Há também uma recomendação contrária forte para realização de mamografia em mulheres abaixo dos 50 anos. Uma das maiores vozes contrárias ao posicionamento do Ministério da Saúde é a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) (22), a qual, em sua cartilha “Saiba tudo sobre câncer de mama”, informa às usuárias a recomendação de realização de mamografia anual a partir dos 40 anos.

Para fins de comparação, passamos a analisar as recomendações internacionais, tais como a da U.S Preventive Services Task Force (23), órgão estadunidense responsável pela revisão de evidências científicas para recomendação de condutas preventivas, que recomenda a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 74 anos. Como os médicos do país tem tradição de recomendar mamografias a partir dos 40 anos, o órgão ressalta que mulheres da faixa etária entre 40 e 49 anos devem ser informadas sobre e podem realizar o exame, caso desejem, embora as evidências disponíveis não acusem nítida vantagem dos benefícios sobre os possíveis danos. Na revisão de sua recomendação em 2015, a American Cancer Society (24) fez uma mudança importante ao passar a indicar mamografia anual de rastreamento para mulheres entre 45 e 54 anos (antes, a recomendação era para mulheres a partir dos 40 anos).

Além disso, recomendam que mulheres a partir de 55 anos passem a realizar mamografia em intervalos de dois anos, ou permaneçam na periodicidade anual caso desejem.

Já a Canadian Task Force on Preventive Health Care (25), órgão canadense que produz diretrizes nacionais para condutas preventivas, é contra o rastreamento com mamografia para mulheres entre 40 e 49 anos e a favor de mamografia a cada dois ou três anos para mulheres entre 50 e 74 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (26) lançou um posicionamento no qual recomenda que países com recursos limitados e sistemas de saúde relativamente fortes considerem programas organizados de rastreamento para câncer de mama, indicando mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos, e recomendando contra o mesmo procedimento, nesses cenários, para mulheres acima e abaixo dessa faixa etária.

O National Health System (27) do Reino Unido possui programa organizado de rastreamento para câncer de mama, no qual todas as mulheres, entre 50 e 70 anos, registradas são convocadas à realização de mamografia a cada três anos. Na Espanha (28), a recomendação para mamografia é a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos. A França (29) também possui programa de rastreamento para câncer de mama organizado, convocando mulheres de 50 a 74 anos, em periodicidade a cada dois anos. O Ministério da Saúde do Uruguai (30) realiza mamografia gratuita a cada dois anos para mulheres entre 40 e 59 anos. Já o Ministério da Saúde da Argentina (31) recomenda realização de mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 70 anos.

País	Faixa etária	Periodicidade
Brasil	50-69	A cada dois anos
Argentina	50-70	A cada dois anos
Canadá	50-74	A cada dois ou três anos
Espanha	50-69	A cada dois anos
Estados Unidos	50-74	A cada dois anos
França	50-74	A cada dois anos
Reino Unido	50-70	A cada três anos
Uruguai	40-59	A cada dois anos

Figura 4 – Realização de rastreamento com mamografia por país

Fonte: autora.

Considerando a população de mulheres sem sintomas ou histórico familiar para câncer de mama, podemos observar que, embora haja algum consenso sobre a idade de início e periodicidade do rastreamento entre os órgãos responsáveis pela administração da saúde pública dos países pesquisados, há um dissenso importante com a recomendação desses primeiros e os discursos de algumas sociedades profissionais. O que chama a atenção, nesses casos, é que a capilaridade das informações repassadas pelas sociedades profissionais parece ser mais ampla e bem difundida pela mídia, sendo que, no Brasil, os dados mais divulgados para as mulheres são aqueles repassados pela SBM e outras entidades, e não aqueles do Ministério da Saúde.

3.2.2 Benefícios e danos do rastreamento com mamografia

Um dos maiores benefícios em relação ao rastreamento de câncer de mama está na possibilidade de identificar a doença em estágios iniciais, que apresenta prognóstico favorável para cura, com redução de mortalidade importante em países que implantaram programas de rastreamento com cobertura adequada para a faixa etária indicada (3). A partir da realização de uma metanálise (23) de estudos clínicos, a redução de mortalidade absoluta por câncer de mama encontrada entre mulheres que realizaram rastreamento foi de 4 a cada 10.000 mulheres entre 40 e 49 anos, 5 a 8 em cada 10.000 mulheres entre 50 a 59 anos e 12 a 21 a cada 10.000 mulheres entre 60 e 69 anos. Para mulheres entre 50 e 69 anos, observa-se que a realização de mamografias de rastreamento parece também reduzir o risco de desenvolvimento de cânceres de mama em estágios mais avançados. Tal redução, no entanto, não é observada entre mulheres de 39 a 49 anos.

Outro estudo (32) identificou o rastreamento por mamografia associado a uma redução de 19% da mortalidade por câncer de mama, sendo em média 15% para mulheres na faixa dos 40 anos e 32% para mulheres na faixa de 60 anos de idade. O INCA (33), ao realizar o monitoramento das mamografias de rastreamento realizadas no Brasil, entre os anos de 2010 e 2013, conclui que ainda há uma proporção elevada de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres entre 40 e 49 anos, apesar do balanço desfavorável entre danos e benefícios desta

prática. Dentre os possíveis danos da oferta de mamografia à população assintomática estão a indução do câncer de mama por radiação, os resultados falso-positivos, e o sobrediagnóstico e sobretratamento (3).

As taxas cumulativas para os resultados falso-positivos de mamografia, em uma metanálise (23) de estudos que acompanharam a realização desse procedimento, ao longo de 10 anos, foram de 61% para exames com periodicidade anual e de 42% para exames a cada dois anos. O maior risco para resultados falso-positivos se deu entre mulheres mais jovens e com riscos prévios para a doença. Algumas mulheres, que tiveram a experiência de resultados falso-positivos ou sentiram dor durante o exame, desenvolveram sintomas de sofrimento psíquico. Essas mulheres apresentaram menor probabilidade de retornar para uma mamografia seguinte.

Silva et al. (34), em um estudo com mulheres de 40 a 49 anos em Recife, concluiu que a realização de mamografia em mulheres com risco habitual, nessa faixa etária, levava a outras intervenções (tais como ultrassonografias, citologias e biópsias) com aumento dos custos e sem eficácia demonstrada para redução da mortalidade. Um dado ainda mais alarmante seria o de números de mortes associadas a cânceres causados pela radiação da mamografia, o qual é estimado em duas mortes a cada 100.000 mil para mulheres de 50 a 69 anos que realizam rastreamento a cada dois anos e onze mortes a cada 100.000 para mulheres de 40 a 69 anos que realizam rastreamento anual (23).

O debate mais investido nos últimos anos, no entanto, parece focar no tema do sobrediagnóstico em câncer de mama. Há estudos que estimam que 19 a 30% de todos tumores de mama detectados sejam efeito de sobrediagnóstico (35), outros apontam para 11 a 22% (23). Uma revisão sistemática (36), do ano de 2009, estimou que um em cada três cânceres de mama diagnosticados é efeito de sobrediagnóstico. O impacto deste fenômeno na saúde pública é extremamente difícil de acessar, justamente porque, uma vez diagnosticada, a pessoa em questão não pode ser desassistida e, assim, demanda um tratamento. A realização de rastreamento para câncer de mama parece ter aumentado o número de casos diagnosticados sem cumprir seu objetivo de redução de mortalidade, causando dano tanto a nível individual quanto populacional (15, 37).

Gøtzsche e Jørgensen (38) alertam para o fato de que, se partirmos do pressuposto que o rastreamento reduz a mortalidade por câncer de mama em 15% e

que o sobrediagnóstico e o sobretratamento podem representar 30% dos diagnósticos, isso significaria que, a cada 2000 mulheres rastreadas ao longo de 10 anos, uma terá a morte por câncer de mama evitada e 10 mulheres saudáveis, que não seriam diagnosticadas não fosse o rastreamento, serão tratadas desnecessariamente. Além disso, mais de 10% de todas as mulheres teriam vivências de sofrimento psicológico, incluindo ansiedade e incerteza, por causa de falsos achados positivos. Uma estimativa de benefícios e riscos de um rastreamento com periodicidade anual para mulheres de 50 anos consta na Figura 5 (39):

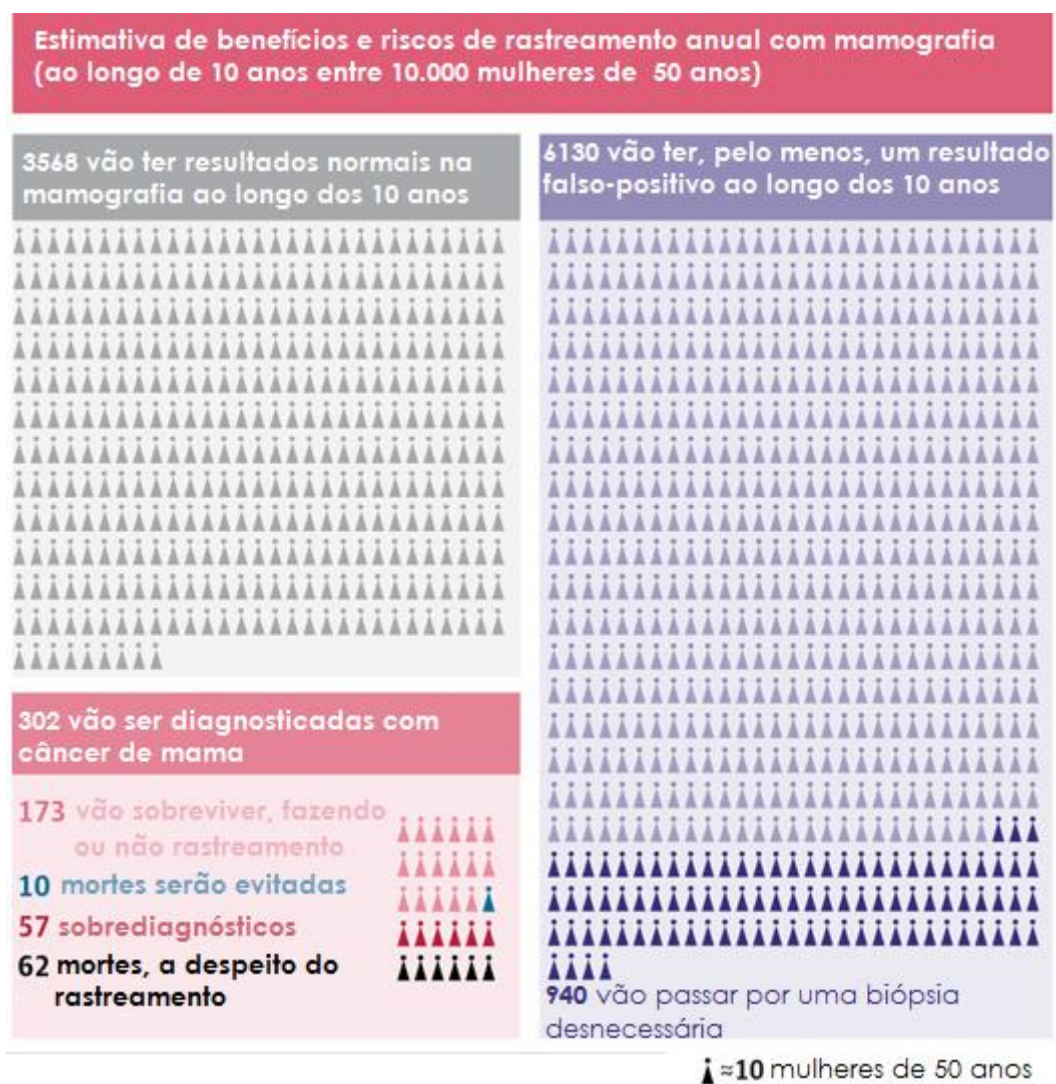


Figura 5 – Estimativa de benefícios e riscos de rastreamento anual com mamografia

Fonte: Traduzido e adaptado de Jin (39)

Uma questão importante é a forma como essas informações chegam (ou não) até as mulheres. Em um folheto informativo sobre rastreamento com mamografia

para câncer de mama, publicado pela Cochrane (14), os autores afirmam que o rastreamento é capaz de “produzir” mulheres com câncer de mama, dentre um grupo de mulheres saudáveis que nunca teria desenvolvido sintomas da doença, as quais serão posteriormente tratadas e terão um risco aumentado de morrer. Ressaltam que essa é uma informação obtida a partir de estudos randomizados atuais sobre o procedimento, os quais apontam para o fato de que o rastreamento por mamografia pode não ser efetivo em reduzir o risco de morte por câncer de mama.

Todavia a informação nem sempre é emitida de forma tão direta, ou sequer disponibilizada. Gummersbach et al. (40), ao estudar os folhetos de convite à realização de mamografia de rastreamento para mulheres da Alemanha, Itália, Espanha e França, verificou que a maioria deles continha poucas informações sobre o procedimento, especialmente sobre os riscos. Apenas metade deles mencionava a questão dos resultados falso-positivos, sendo que outros dados sobre efeitos adversos eram pouco abordados ou tinham baixa qualidade. Além disso, nenhum folheto abordou a questão do sobrediagnóstico, fato que levou as autoras a questionarem o quanto esses folhetos estavam, de fato, contribuindo para um consentimento informado das mulheres para a realização do exame.

Um estudo (41), no ano de 2014, abordou o conhecimento prévio das mulheres britânicas sobre os possíveis danos da mamografia de rastreamento e desenvolveu modelos de explicação acerca do fenômeno do sobrediagnóstico. As autoras encontraram que, após serem expostas aos modelos explicativos, cerca de 60% das mulheres pareceu ter compreendido o referido fenômeno; ainda assim, houve uma redução na intenção de realizar rastreamento mamográfico em um número inferior a 10% das mulheres, sendo que a maior redução ocorreu entre mulheres que estavam abaixo da faixa etária recomendada para o procedimento.

Dentre as formas de evitar sobrediagnóstico e sobretratamento de câncer de mama (42) estão o uso de questionários para acessar o risco prévio da mulher desenvolver a doença, seguido de um debate que situe essa mulher sobre a necessidade ou não de realização imediata do exame e quais as implicações de cada escolha. Assim, a oferta do exame poderia ser personalizada a partir de um conjunto de características que parecem apontar para uma maior predisposição da mulher desenvolver a doença. Da mesma forma, há um debate se seria possível evitar sobretratamento de mulheres que realizaram o rastreamento, contendo o uso

excessivo de tecnologias agressivas durante o tratamento de lesões encontradas a partir da mamografia.

3.3 RASTREAMENTO PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Em 2016, foram estimados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero no Brasil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na região Norte (Figura 6) e ocupa a segunda posição nas regiões Centro-Oeste e Nordeste (17). O câncer de colo do útero é uma doença causada após infecção persistente por Vírus do Papiloma Humano (HPV), quando há alteração celular no tecido que evolui lentamente para o câncer. Como estas transformações podem demorar um período superior a 10 anos, as lesões precursoras podem ser identificáveis através da realização de exame citopatológico e, assim, esta é uma patologia prevenível e curável em quase a totalidade dos casos.

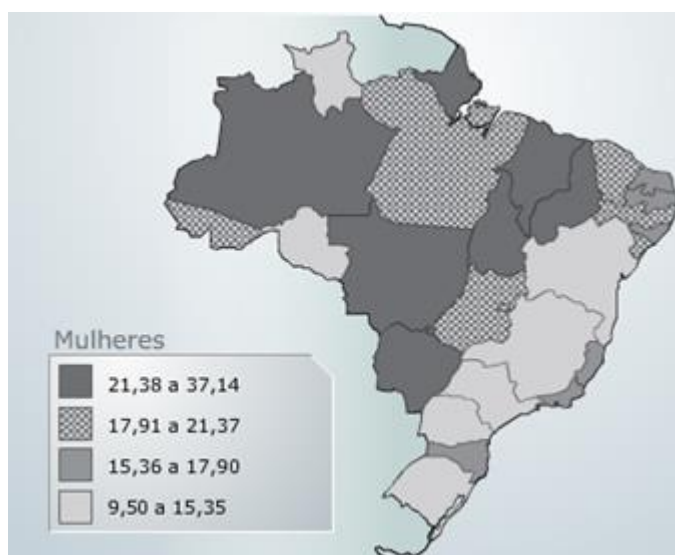


Figura 6 – Representação espacial das taxas brutas de incidência de neoplasia maligna do colo do útero por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação do Brasil

Fonte: INCA (17).

Uma das estratégias para a identificação dessas lesões consiste no rastreamento, o qual representa um processo de múltiplas etapas que vão desde a aplicação do exame de rastreamento, identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), confirmação diagnóstica, até o tratamento (43). O câncer do colo do útero é mais raro entre as mulheres com menos de 20 anos e o rastreamento nesta faixa etária envolve taxas mais baixas de detecção e mais elevadas de resultados falso-positivos do que em mulheres mais velhas (44).

Alguns estudos abordaram a cobertura dos exames citopatológicos de rastreamento, a qual possui importante diferença no território brasileiro. Em um estudo transversal com mulheres do estado de Pernambuco, a cobertura do papanicolau encontrada entre mulheres de 18 a 69 anos foi de 58,7% e de 25 a 59 anos de 66,2%. A não-realização do exame estava associada às variáveis de viver sem companheiro, não ter dado à luz e não ter realizado consulta médica no último ano (45). Outro estudo, com o mesmo desenho, realizado em Maringá, no estado do Paraná, verificou que a cobertura do exame, nos últimos três anos, era de 87,6% mulheres entre 25 e 59 anos, sendo que 12,4% nunca haviam realizado ou fizeram há mais de três anos. Não se observou, neste estudo, qualquer associação significativa dos dados sociodemográficos e o exame preventivo (46).

Em um estudo transversal com dados de rastreamento de uma amostra aleatória das mulheres de Florianópolis (47), observou-se maior cobertura do exame na vida à medida que aumentaram a renda, a idade e a escolaridade. Já a prevalência de exames em atraso foi significativamente maior para as mulheres com até quatro anos de escolaridade (30,3%), que se autorreferiram da cor preta (28,3%), com menor renda familiar per capita (22,7%) e solteiras (22,6%). Em relação à faixa etária, a maior proporção de exames em atraso foi encontrada naquelas com idade entre 20 a 29 anos (18,7%) e entre 50 a 59 anos (13,4%).

Entre 1980 e 2010, no Brasil, a queda da mortalidade por câncer do colo uterino aconteceu para todas as mulheres das regiões Sudeste e Sul, mas ocorreu apenas entre mulheres residentes nas capitais, nas regiões Norte e Nordeste (48). As mulheres residentes no interior das regiões Norte e Nordeste seguiram apresentando altas taxas de mortalidade, muito provavelmente devido ao difícil acesso aos serviços de saúde. Na Tabela 3, podemos verificar que, entre 2010 e 2014, enquanto as regiões Sul e Sudeste mantiveram a taxa de mortalidade baixa, provavelmente devido à disponibilidade de tecnologias de tratamento das lesões

precursoras e do câncer de colo do útero, nas regiões Nordeste e Centro-oeste já é possível observar taxas maiores, especialmente entre mulheres a partir dos 50 anos.

Tabela 2 - Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero, brutas e ajustadas por idade e pela população brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, entre 2010 e 2014

	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
20 a 29	1,54	0,92	0,76	0,69	0,98
30 a 39	8,05	4,66	4,57	2,79	4,64
40 a 49	18,56	9,94	8,94	5,88	7
50 a 59	26,29	14,95	14,29	9,41	10,39
60 a 69	38,95	19,65	18,99	12,31	13,79
70 a 79	47,87	25,54	27,89	15,59	17,82
80 ou mais	62,84	33,37	38,3	19,69	22
Total: Taxa ajustada (população brasileira)	11,36	6,16	6,03	3,79	4,56

Fonte: Atlas da Mortalidade/INCA.

Na região Norte, no entanto, é que podemos observar as mais altas taxas de mortalidade, o que, para uma doença com estratégia efetiva de prevenção como o câncer de colo do útero, evidencia uma grande falha na estratégia de rastreamento adotada, bem como incapacidade da rede de saúde da região de acolher e tratar oportunamente as mulheres com lesões precursoras ou diagnóstico confirmado.

3.3.1 Recomendações nacionais e internacionais para rastreamento de câncer de colo do útero

As Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (43) definem o exame citopatológico como método de rastreamento, sendo os dois primeiros exames em periodicidade anual e, se ambos os resultados forem negativos, a periodicidade passa a ser a cada três anos. O início da coleta é definido

para mulheres a partir de 25 anos que já iniciaram vida sexual e seguir até os 64 anos. Há exceções definidas para mulheres que realizaram a retirada do útero, mulheres sem história de vida sexual e mulheres imunossuprimidas. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) esteve no comitê gestor de elaboração dessas Diretrizes, portanto não há recomendações contraditórias no Brasil acerca do tema.

No âmbito internacional, a U.S Preventive Services Task Force (49) recomenda a realização de exame citopatológico para mulheres entre 21 e 65 anos, com periodicidade a cada três anos. É uma recomendação forte, com o adendo de que, para mulheres a partir de 30 anos que desejem ampliar o intervalo entre um exame e outro, pode ser realizada a testagem para HPV combinada com o exame a cada cinco anos. A American Cancer Society (50) atualizou sua recomendação para rastreamento de câncer de colo do útero em 2012, concordando com a U.S Preventive Services Task Force. Anteriormente, a recomendação da American Cancer Society era de rastreamento anual para esse tipo de câncer.

A Canadian Task Force on Preventive Health Care (51) indica recomendação forte para rastreamento de mulheres entre 30 e 69 anos, com periodicidade a cada três anos, através de exame citopatológico. Mantém a recomendação de rastreio para mulheres entre 25 e 30, mas desaconselha rastreamento de mulheres mais jovens que 25 anos. A OMS (52), nas diretrizes sobre o rastreamento e tratamento de lesões precursoras de câncer de colo do útero, indica como método preferencial de rastreamento a testagem para HPV, embora tenha a ressalva, para países que já tenham implementado de forma adequada o rastreamento por exame citopatológico, que os mesmos possam seguir com esse método. A faixa etária de início de rastreamento foi definida a partir de 30 anos, com periodicidade a cada três ou cinco anos, a depender de recursos financeiros ou estruturais.

O National Health System (53) recomenda rastreamento com exame citopatológico a cada três anos para mulheres entre 25 e 49 anos, e a cada cinco anos para mulheres entre 50 e 64 anos. Já o Ministério da Saúde espanhol (28) tem recomendação de exame citopatológico para mulheres a partir dos 25 anos. Os programas de câncer de colo do útero variam entre as comunidades autônomas, com periodicidade entre três e cinco anos, e faixa etária entre 15 e 65 anos de idade (com início, em geral, aos 25 anos). A França (54) também recomenda o início aos 25 anos, com periodicidade a cada três anos até os 65 anos de idade. Por fim, no

Uruguai, o Ministério da Saúde (30) oferece citopatológico anual para mulheres entre 21 e 65 anos e, na Argentina, a recomendação é similar à brasileira, onde, a partir dos 25 anos, após dois exames seguidos negativos, a mulher segue o rastreamento com periodicidade a cada três anos (55).

País	Faixa etária	Periodicidade
Brasil	25-64	A cada três anos
Argentina	A partir dos 25	A cada três anos
Canadá	25-69	A cada três anos
Espanha	A partir dos 25	A cada três ou cinco anos
Estados Unidos	21-65	A cada três anos
França	25-65	A cada três anos
Reino Unido	25-49	A cada três anos
	50-64	A cada cinco anos
Uruguai	21-65	A cada ano

Figura 7 – Realização de rastreamento com exame citopatológico por país

Fonte: autora.

Embora haja diferenças entre as recomendações, é possível observar uma tendência ao início do rastreamento ocorrer a partir dos 25 anos, com periodicidade a cada três anos. Nenhum órgão pesquisado sugere periodicidade menor do que essa, embora seja prática conhecida na saúde privada a recomendação de coleta de citopatológico na consulta anual com o ginecologista. Apesar de um relativo consenso nas recomendações, observaremos ao longo deste trabalho que os discursos e as práticas comumente se desencontram, e muitos profissionais parecem mimetizar a prática de seus consultórios particulares para o cotidiano do SUS.

3.3.2 Benefícios e danos do rastreamento com exame citopatológico

O exame citopatológico, além de ser rápido e efetivo para a detecção precoce da doença, é um exame relativamente de baixo custo enquanto intervenção populacional (56). O custo individual de um exame citopatológico de rastreamento

no SUS, hoje, é de R\$ 7,30, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP). O rastreamento é fortemente associado com a redução de casos de câncer de colo do útero avançados, embora o rastreamento pareça ser mais efetivo em evitar mortes por câncer de colo do útero do que evitar a doença em si. Estima-se que, no Reino Unido, 70% das mortes por câncer de colo do útero são evitadas devido ao rastreamento, sendo que poderia se atingir até 83% se todas as mulheres na faixa etária indicada fossem rastreadas (57).

O fato de o rastreamento permitir a identificação de lesões precursoras é um dos grandes benefícios associados, todavia esta rotina pode trazer danos tais como os resultados falso-positivos. Em geral, o balanço entre benefícios e danos é pior para as mulheres mais jovens, em decorrência de que são nas faixas etárias mais jovens que observamos maiores índices de infecção por HPV, todavia é também nessa idade que o HPV tem um perfil mais transicional, ou seja, pode ser identificada e tratada a lesão sem que ela estivesse, de fato, estabelecida no corpo da mulher. Mulheres com menos de 25 anos apresentam maior prevalência de resultados falso-positivos no exame citopatológico do que aquelas entre 25 e 39 anos (44).

Está descrita, na literatura científica (58, 59), a regressão espontânea de eventuais manifestações anormais encontradas, em decorrência do rastreamento, no colo do útero das mulheres. Por uma questão de oportunidade, as lesões identificadas, em geral, são encaminhadas para tratamento imediato, sem um acompanhamento da possível regressão, o que gera sobrediagnósticos da doença. Um estudo coorte nos Países Baixos (60) identificou grande prevalência (74% das mulheres rastreadas) de sobrediagnóstico de câncer de colo do útero devido ao rastreamento, em geral relacionado com o percentual de doenças pré-invasivas detectadas. Todavia alertam para o fato de que o tratamento dessas lesões, em geral, é menos invasivo do que em outros casos de sobrediagnóstico, como o câncer de mama.

O sobrediagnóstico e sobretratamento são marcantes nas lesões precursoras identificadas em mulheres jovens (25 anos ou menos), em países que submetem estas mulheres a rastreamento. Nestes casos, identifica-se o desenvolvimento de lesões que apresentariam regressão sem tratamento (59), expondo, portanto, a jovem a exame e à posterior intervenção desnecessários. Para essas jovens, a

forma de evitar sobretratamento seria o acompanhamento das lesões pré-cancerígenas, as quais comumente regredem espontaneamente (61).

Outra questão que contribui para o sobrediagnóstico e sobretratamento é a realização do rastreamento em periodicidade inferior à recomendada. Um estudo retrospectivo entre 63 mil mulheres rastreadas na França (62) verificou que a realização do rastreamento de colo do útero em intervalos menores do que 24 meses resultou em um aumento de diagnósticos de lesões precursoras, as quais teriam grande probabilidade de regredir espontaneamente. O rastreio excessivo também não parece contribuir na diminuição das taxas de incidência de câncer.

Ao avaliar o conteúdo dos folhetos que convidavam mulheres a participar do rastreamento de colo do útero em 10 países, Kolthoff et al. (63) concluíram que a maioria dos folhetos continham pouca informação, a qual apresentava um viés a favor da participação. Os principais riscos do rastreamento, tais como sobrediagnóstico e sobretratamento, frequentemente não foram mencionados ou sua importância foi diminuída. Além disso, verificaram uma abordagem majoritariamente paternalista no conteúdo dos folhetos, o que não favorecia o papel protagonista da mulher na escolha.

3.4 VOZES SOBRE OS CORPOS FEMININOS, VOZES AOS CORPOS FEMININOS

Minha avó materna nasceu em 1922, alguns meses depois da Semana de Arte Moderna, e sempre contou isso com orgulho, dizendo que sua vida foi inspirada pelas cores e pelos sons daquele movimento artístico.

Quando minha avó era adolescente, ela se apaixonou por um homem que morreu pouco tempo depois.

O sofrimento intenso dessa morte a fez desenvolver um estado semelhante à catatonia, onde não mais dormia, comia, ou reagia aos clamores familiares.

Decidiram interná-la numa clínica psiquiátrica, onde, recém completados os 20 anos, a jovem e bela pianista recebeu um tratamento de eletroconvulsoterapia.

Minha vó, a mãe da minha mãe, recebeu choques em seu corpo como forma de acordá-la do seu sofrimento.

Nessa mesma década de tantas perdas, algum médico a diagnosticou com câncer de mama, um tanto quanto incomum nas mulheres daquela idade.

Minha avó foi mutilada e queimada pela ciência médica, seu corpo novamente objeto dos deslindes das tecnologias.

Já passada nos anos, pela época, um homem veio resgatá-la da condição de solteira.

Tinha 29 anos minha avó quando se casou e gerou minha mãe.

Tenho certeza que o casamento e a maternidade foram uma espécie de violência para minha avó, das muitas que seu corpo sentira e sentiria.

Eu tive sorte de conhecê-la aos 66 anos, quando, já separada e morando sozinha com seu piano, ela virou minha avó Mimi, minha "vó feliz".

Minha vó, falante, ocupou nossas vidas com histórias divertidas e causos engraçados.

Nunca falou uma palavra sobre o que sofreu.

Eu já era estudante de psicologia e trabalhava com pessoas com câncer quando me contaram, com mais detalhes, dessa vida que ela viveu, tão distante dos acordos contentes que ela ensaiava ao piano.

Mesmo as mais silenciosas narrativas se inscrevem no corpo e na história dos que vieram e virão.

Foi assim que entendi o que é ancestralidade.

O crescente número de estudos realizados e o direcionamento das políticas públicas de saúde da mulher para o tema dos cânceres de mama e de colo do útero representam importantes discursos normativos acerca dos corpos femininos. A transformação de aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, para Miles (64), visa a assegurar uma certa conformidade a normas sociais. A medicalização dos corpos femininos parece ecoar na política de forma mais ampla, mesclando questões populacionais aos cuidados individuais, adaptando essas mulheres às normas sociais vigentes, produzindo não só discursos como intervenções (65).

Illich (66), quando analisa o processo em que a medicina começa a reivindicar autoridade sobre os corpos ainda não adoecidos, aponta a responsabilidade que os médicos assumem de predizer a saúde futura das pessoas. Sob a premissa da prevenção e da manutenção da vida, a medicina se promoveu, ao longo dos anos, como único saber legítimo acerca da complexa dualidade saúde-doença, fragmentando a experiência corporal em especialidades que buscam intervir antes que um mal sequer se manifeste. A medicina parece ser inaugurada por e para homens, que ocupam o lugar de cuidado antes povoado por mulheres curandeiras (67). A própria ginecologia inaugura uma especialidade médica que vem para estudar e tratar o corpo da mulher, antes de tudo, em sua normalidade, pois entende

as manifestações desse corpo (variações hormonais, sangramento menstrual, gravidez, entre outras) como potencialmente patológicas (65, 68, 69).

Um certo entendimento do papel do feminino na sociedade produz-se a partir desses discursos, representando uma marca histórica que se observa nos e transcende os corpos. Quando a medicina se ocupa dos corpos femininos, ela o faz desde um lugar de saber e de poder, de modo a controlá-los em sua sexualidade e sua função social. Isso implica dizer que as mulheres ocidentais são subjetivadas socialmente a partir de um consenso cultural de onde e quando seu corpo pode ser sexual, e em quais limites essa mulher esbarra ao exercer seu desejo:

A transformação do corpo feminino em objeto de conhecimento, a formulação de discursos normativos para o bom desempenho de suas funções reprodutivas e sociais, bem como a produção de representações científicas, nos permitem pensar em um processo de gerenciamento dos corpos femininos sem precedentes até meados do século XX. (70, p.15)

Sem haver benefício clínico comprovado para tal intervenção, a menina, ao menstruar, é estimulada a frequentar o médico ginecologista, a menstruação aí já caracterizada como um primeiro “sintoma” dessa sexualidade a ser monitorada. Mais à frente, quando inicia seu corpo nas práticas sexuais, a jovem passa a ser convocada para a realização de exames, agora em busca de doenças. De certa forma, essa convocação serve para que a jovem possa ser lembrada, na periodicidade definida pelo profissional de saúde, dos perigos de estar exercitando seu corpo sexualmente sem intenção reprodutiva. Desvios dessas normas são punidos, por vezes simbolicamente, por vezes em ato. A “mulher que não se cuida” é constantemente repreendida por esse rompimento com “sua natureza” de cuidadora, calcada na expectativa social sobre seu corpo.

Desde os primórdios desse processo, no entanto, as intervenções médicas mais tecnológicas foram voltadas à preservação da vida da mulher obediente que circula entre a elite social, e não à da mulher “selvagem”, cujos hábitos e desejos são tidos como transgressões às normas vigentes (65). Essas duas personagens antagônicas são simbolicamente necessárias para a manutenção da valorização das intervenções da medicina na vida cotidiana: não houvesse a mulher “descuidada” e periférica, quem lembraria a moça da elite, resguardada e cuidadosa de si, dos perigos da vida desregrada? Não houvessem os exames “de ponta”, restritos aos

mais ricos, como sinalizaríamos para os mais pobres os caminhos do desejo de consumo?

A exposição física regular e repetida das mulheres, no âmbito da medicina, pode ser entendida como uma forma de exacerbar as desigualdades de poder em jogo e a vivência de vulnerabilidade (69). No processo de assumir o saber sobre o corpo das mulheres e desqualificar sistematicamente o saber das mulheres sobre seu corpo, a medicina e outras ciências da saúde exigem, da população, um nível de confiança quase total, o qual se torna especialmente difícil de questionar se a mulher, além de mulher, é pobre, com poucos anos de educação formal e com dificuldades de acesso a consultas. Especialmente em circunstâncias onde não há sintomas, a mulher é declarada doente e encaminhada para outras intervenções, alicerçada quase exclusivamente nas palavras daquele saber socialmente situado como hierarquicamente superior ao dela e, portanto, digno de confiança.

Ao nos perguntarmos sobre quem financia as pesquisas disponíveis e quais os pressupostos de ciência e sociedade que estão envolvidos com a produção acadêmica (37), percebemos que, na maior parte das vezes, há muitas vozes externas que estudam, descrevem e manipulam os corpos sem voz. Mais recentemente, alguns estudos buscaram ouvir a voz de mulheres frente aos exames de rastreamento de câncer de mama e colo do útero, evidenciando a interface do gênero com as implicações éticas destes procedimentos.

No estudo de Mendonça (71) sobre a realização ou não de mamografia entre mulheres, os dados de entrevistas mostram experiências de mulheres que buscaram a realização do exame antes da faixa etária, devido ao apelo da mídia. Mesmo frente a médicos que não recomendaram a realização naquela idade, novamente o imperativo de “cuidar-se” levou essas mulheres a procurar o procedimento por conta própria. Dentre os relatos de não-realização do exame, o componente da dor emerge como principal motivo para evitar a experiência, aliado ao medo de um resultado ruim. O fato da mamografia ser realizada em um ambiente asséptico, em que um profissional técnico apenas orienta a mulher sobre posicionamento e a deixa só para a vivência dolorida do procedimento, contribui para o sofrimento relatado. Novamente, o corpo é manipulado sem a construção prévia de um sentido subjetivo.

Por outro lado, a decisão de fazer mamografia parece estar relacionada com expectativas prévias da mulher sobre a doença, que comprometem a capacidade dessa mulher fazer um balanço de prós e contras, e com o comportamento de

conhecidas e mulheres do mesmo círculo social (72). Houve uma tendência das mulheres nos Estados Unidos e na Europa a superestimarem os efeitos da mamografia de rastreamento, levando pesquisadores (73) a se questionarem sobre o quanto poderíamos confiar nos procedimentos de consentimento esclarecido. Quando esse dado foi comparado (74) com as estatísticas de mortalidade por câncer de mama nos Estados Unidos, em 2008, verificou-se que o benefício real do procedimento de rastreamento é muitas vezes menor do que o estimado pelas mulheres (Figura 8):

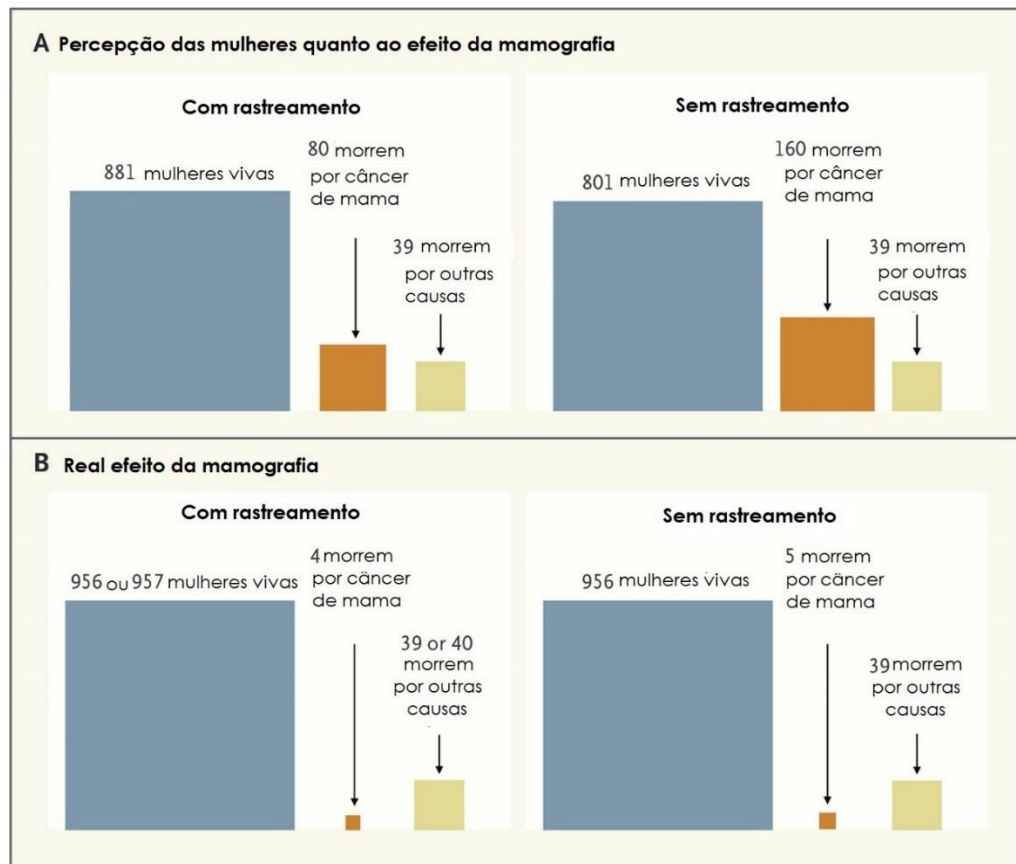


Figura 8 – Percepção e real efeito da mamografia

Fonte: Traduzido e adaptado de Biller-Andorno e Juni (74)

A partir de entrevistas com mulheres que realizam o exame citopatológico, Rico e Iriart (75) descreveram alguns sentidos atribuídos ao procedimento: a) o primeiro exame como marco do ingresso dessas mulheres a um universo feminino partilhado, uma espécie de rito de passagem para uma nova etapa no desenvolvimento desse corpo de mulher; b) o exame como uma necessidade resultante de um uso “sujo” do corpo, de uma promiscuidade que pode resultar em adoecimento e precisa ser acompanhada; e c) o discurso moral acerca de uma

responsabilidade individual sobre o não-adoecimento, uma espécie de dever feminino de se cuidar.

Em outro estudo, Paula e Madeira (76) trazem relatos de mulheres que realizaram o exame citopatológico, mostrando que muitas delas são capazes de repetir o conceito de necessidade de realizar o exame promovido pelas propagandas, todavia atrelado a sentimentos de medo, de dor e de vergonha. A importância desse “cuidado” parece se sobrepor ao não-desejo de realizar o procedimento. A violência da exposição de seu corpo para o exame, do rompimento com o pacto que exige da mulher que se resguarde em suas intimidades, parece também gerar sentimentos de ansiedade e raiva, que poderiam ser trabalhados em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher. Ou seja, a mulher pode não possuir o saber médico acerca do seu corpo, mas sabe sobre o seu corpo e sua história, e isso deve ser entendido como parte essencial da intervenção.

Ao analisar as campanhas brasileiras direcionadas a mulheres para realização de exame preventivo de câncer de colo do útero, Cruz e Loureiro (77) perceberam que estas reforçavam valores historicamente construídos com respeito à sexualidade feminina, que fragilizavam e responsabilizavam apenas as mulheres por suas práticas sexuais e de cuidados com o seu corpo. Também observaram a necessidade de construir abordagens melhor situadas social e culturalmente, que levassem em conta as diferenças regionais e não reproduzissem preconceitos. A atuação dos profissionais deve considerar tanto a dimensão dos sentimentos das mulheres frente ao exame (tais como medo e vergonha), quanto fatores como baixa escolaridade, situação conjugal irregular e baixa renda, os quais parecem estar relacionadas com a não-realização do citopatológico (78).

A partir da compreensão de que as mulheres com diferentes condições socioeconômicas participavam dos programas de rastreamento de formas distintas, o Reino Unido buscou reduzir as iniquidades através de diversas iniciativas, tais como incentivos aos médicos da saúde da família, abordagens situadas culturalmente e enfrentamento a barreiras específicas dos rastreamentos de câncer de mama e de câncer de colo do útero. Embora, inicialmente, a maior iniquidade estivesse relacionada ao rastreio de mama, as intervenções foram bem-sucedidas em reduzir essa diferença, ao passo que, no câncer de colo do útero, a iniquidade se manteve (79). Esses dados parecem apontar para a importância de adotarmos não

só a abordagem de gênero ao pensar o rastreamento, como também uma leitura crítica das diferentes iniquidades sociais, entendendo a complexa teia de vulnerabilidades que permeia os conflitos éticos no campo da saúde.

3.5 OLHARES DA BIOÉTICA

O rastreamento é uma conduta que deve ser analisada no encontro de diferentes olhares da Bioética com a saúde pública. Conforme já mencionado, o rastreamento envolve aspectos tais como a autonomia e o consentimento da pessoa aparentemente saudável, além do balanço favorável entre benefício e dano. Assim, seria possível analisar as ações de rastreio com base no princípalismo de Beauchamp e Childress (80), o qual ainda parece pautar boa parte dos bioeticistas através dos princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Na beneficência e não-maleficência encontramos os princípios morais de fazer o bem e não fazer o mal, ou seja, o entendimento de que o profissional de saúde deve agir de modo a trazer benefícios para os pacientes e, intencionalmente, nunca causar mal ou danos a este.

É, no entanto, na complexa relação entre os princípios de autonomia e justiça que percebemos o quão mais desafiador pode ser o debate da Bioética acerca do rastreamento de câncer de mama e de colo do útero. Se a autonomia diz respeito à autodeterminação, à escolha que alguém pode fazer sobre o que é melhor para si mesmo, ela aparece frequentemente em diálogo com conceitos como capacidade, razão/consciência, deliberação e liberdade (81). O próprio instrumento do consentimento informado, habitualmente tomado como manifestação fundamental da autonomia, é, de certa forma, um contrato firmado entre duas partes evidentes – o profissional de saúde e o paciente – e mais tantas outras partes não-ditas, tais como os interesses das indústrias que produzem tecnologias, as disputas que estão sendo firmadas no campo das políticas de saúde, o abismo de saberes e poderes que separam esses dois atores sociais, entre outros.

Uma das críticas ao princípalismo aponta que essa é uma bioética com caráter individualista, calcada tão fortemente no princípio da autonomia que beira a uma defesa egoísta da escolha sobre o acesso a recursos (82), onde o princípio da

justiça parece ter importância secundária. Nesse sentido, estaria prejudicada uma visão mais coletiva dos conflitos bioéticos, que levasse em conta a vulnerabilidade produzida em um contexto de relações de poder presentes nas desigualdades sociais, econômicas e sanitárias de grande parte dos países periféricos. De que justiça, então, falamos? No princípalismo, a justiça parece dialogar com a igualdade, a necessidade, o esforço, a contribuição, o mérito e o livre mercado (81). É a justiça de uma balança cega, quando, cada vez mais, necessitamos de uma justiça que enxergue as iniquidades históricas e atue de modo crítico e implicado. Assim como na ciência, é ingênua e potencialmente perigosa a defesa de uma justiça completamente neutra.

Outra crítica, aponta para a origem e manutenção elitista da Bioética Princípalista:

Em primeiro lugar, uma crítica aos pressupostos da teoria princípalista que se supõem universalizáveis; em segundo, apontam para os limites da ideologia liberal que tem o individualismo e, conseqüentemente, o princípio da autonomia como valor máximo; em terceiro, e para nós, talvez, a crítica mais importante, reconhecem que a estrutura da bioética preserva os interesses dos que se encontram em vantagem social, constituindo uma “bioética para privilegiados”. (83, p. 257)

Diniz e Guilherm (84), ao retomarem a chegada da Bioética no Brasil e na América Latina, apontam a interface inicial desse campo com a formação médica, muitas vezes se confundindo com a ética médica. Dessa forma, características como uma agenda da Bioética pautada no cotidiano dos médicos e uma ênfase na resolução de problemas desse cotidiano, aproximaram a bioética brasileira do princípalismo, teoria de mais fácil apreensão por não especialistas no campo. Todavia, o cenário do Brasil, em meados dos anos 90, iniciando a redemocratização do país, aproximou, também, outros grupos do campo da Bioética, destacadas, aqui, as feministas. Esses grupos, cada qual a sua maneira, auxiliaram a configurar a bioética pensada na América Latina como uma bioética mais crítica, política e conectada com as iniquidades sociais.

No tema do rastreamento de cânceres, Smith et al. (85) apontam que a decisão de realizar exames, bem como as barreiras percebidas no acesso aos mesmos, parece ser influenciada pela posição socioeconômica e pelos anos de escolaridade dos sujeitos, com pessoas mais pobres e com baixa escolaridade participando menos das estratégias de rastreio disponíveis. O compromisso para um uso racional e efetivo das tecnologias disponíveis precisa ser assumido por

profissionais de saúde, usuários e tomadores de decisão (86), de modo a evitar iniquidades no acesso e garantir que os exames, ao passo que são recursos finitos, estejam disponíveis para a população que realmente se beneficiará.

Já seria um importante avanço se as diretrizes clínicas e recomendações aos profissionais de saúde do nosso país fossem informadas por evidências científicas, mas isso não seria suficiente. A despeito da corrente de medicina baseada em evidências dar destaque à consideração dos valores de cada paciente como norteadora da tomada de decisão compartilhada sobre condutas em saúde, é preciso compreender que a construção desses valores, no âmbito social, é influenciada por estereótipos opressivos e práticas sociais excludentes (87).

Assim sendo, o profissional de saúde precisa exercer cautela ao apresentar ao paciente um montante de informações completamente novas e talvez até contraditórias aos discursos hegemônicos de cuidado em saúde (por exemplo, ao informar que a recomendação de rastreamento com mamografia deve iniciar aos 50 anos e não aos 40 anos, como disseminado na mídia). Além disso, ao convocar o paciente ao abandono de uma postura passiva e ao exercício de uma escolha baseada em seus valores, é preciso atentar para não transformar a ideia de valorização de autonomia em uma prática de desamparo, através da qual a pessoa se sente sozinha na responsabilidade de tomada de decisão. Precisa, também, reconhecer a disparidade de poder em jogo na relação cidadão-sistema de saúde, da qual o profissional faz parte de forma privilegiada. Em um sistema público de saúde, tais desafios são ampliados e as consequências de ações desimplicadas com a fronteira ética entre vivência e sobrevivência atingem dimensões populacionais.

A Bioética, nesse trabalho, será abordada a partir da relação pendular entre individual e coletivo, onde temas como a relação profissional de saúde-paciente são entendidos como recortes de um cenário mais amplo, que coloca em jogo dimensões de gênero, raça, saber acadêmico e popular, e poder socioeconômico. Reconhecemos a impossibilidade real de individualizar decisões, considerando a interdependência desses múltiplos fatores e desses múltiplos atores sociais. Não pressupomos neutralidade na ciência em seus discursos, reconhecendo a produção acadêmica e a formação de profissionais de nível superior atravessadas por um projeto político-econômico de sociedade, muitas vezes elitista e excludente.

Para nos auxiliar no debate sobre uma bioética que pense ações de rastreamento de câncer de mama e de colo do útero no âmbito do SUS a partir desses pressupostos, passamos a debater com a Bioética de Intervenção e as Abordagens Feministas da Bioética. São correntes que atentam para elementos-chave do contexto brasileiro, dos desafios de uma saúde pública e da forma como os discursos e as práticas se inscrevem nos corpos, contando uma história, ao mesmo tempo, singular e compartilhada. Dentre a riqueza de conteúdo apresentada por cada interlocutor, apresentamos aqui alguns dos conceitos ou ideias que contribuem de forma mais direta ao tema deste trabalho.

3.5.1 Bioética de Intervenção (BI)

A Bioética de Intervenção é uma corrente nascida no Brasil, cujos primeiros textos de fundamentação foram propostos por Dora Porto e Volnei Garrafa, entre 2002 e 2008. Conforme Martorell (88), as etapas de apresentação e reafirmação conceitual da teoria, nas quais buscaremos conceitos-chave para nortear a reflexão sobre rastreamento em saúde pública, foram compreendidas nesse período. No primeiro texto relacionado à BI, já é possível identificar tensionamentos que essa corrente apresenta, quando os autores se perguntam sobre como procederia a Bioética frente à complexa relação entre autonomia e justiça/eqüidade; benefícios individuais e benefícios coletivos; individualismo e solidariedade (89).

A BI situa a Bioética a partir do reconhecimento das injustiças vividas pelos países periféricos (90), refletindo sobre a relação destas com o desenvolvimento econômico, tecnológico e científico, não raro encabeçado pelos países centrais e fundado em relações de exploração dos mais pobres. Faz frente, pois, à incorporação acrítica de teorias estrangeiras, as quais também podem representar ferramentas de dominação, já que trazem em seu conteúdo os interesses e a realidade dos países mais ricos. As situações persistentes de desigualdade sanitária, social e ambiental que permeiam os países periféricos estariam, para a BI, intimamente ligadas a uma economia de mercado capitalista (91), que produz e mantém essas injustiças quando passa a criar, junto às tecnologias, novas necessidades, ao mesmo tempo em que regula a possibilidade de acesso à saúde.

O próprio pertencimento de um sujeito à sociedade, na condição de cidadania, seria reconhecido pela capacidade deste se inserir no mercado, seja como produtor ou consumidor de tecnologia (91). Quando essas tecnologias encontram a saúde, em geral, trazem consigo o interesse em maximizar os lucros das grandes corporações e a imposição de ritmo e intensidade próprios. Assim, crescem o consumo e a oferta de exames, medicamentos, planos de saúde e consultas com médicos especialistas, em velocidade que responde mais à urgência do mercado em identificar e criar novas patologias e demandas do que ao processo de sofrimento humano. O acesso às tecnologias para tratamento, caso a pessoa encontre uma doença, também está submetido às relações de mercado (91), onde os mais ricos dispõem de variedade de medicamentos e intervenções, e os mais pobres, dispendo do mínimo possível, em geral, morrem.

Assim, podemos pensar que conceitos como o de “prevenção” e “cuidado” em saúde passam a ser traduzidos em ideologias e materializados em bens adquiríveis, passíveis de propaganda, cujo consumo parece definir também uma espécie reconhecimento social. Um bom exemplo dessas práticas é o movimento do Outubro Rosa, o qual situa o exame de mamografia como mercadoria principal, atrelando ao exame a maior demonstração de cuidado que uma mulher pode ter em relação a seu corpo. O procedimento passa a ser comercializado a partir de slogans coloridos e motivacionais, veiculando a imagem de mulheres “vencedoras”, “que se cuidam” e “que se amam”, sem debater os desconfortos, riscos e danos que tal exame traz à saúde.

Como ferramentas para pensarmos como abarcar os avanços tecnológicos e científicos na saúde pública, a BI propõe que nos orientemos pela prudência frente aos avanços, pela prevenção de possíveis danos e iatrogenias, pela precaução frente ao desconhecido e pela proteção dos mais desassistidos (90). Autonomia e liberdade, na BI, passam a ser situadas na relação com a alteridade, na responsabilidade que temos, enquanto sujeitos em exercício, frente aos recursos finitos e à possibilidade do outro também se exercer. A busca por justiça é trilhada a partir do princípio da equidade, ou seja, do tratamento desigual entre pessoas com necessidades diferentes, de modo a todos chegarem a uma igualdade de oportunidade de acesso a direitos (92).

No campo da saúde pública, ao refletirem sobre a necessidade de priorização da alocação de recursos, percursos da BI apontam para a contradição ética (93)

de avançarmos rumo à oferta de tecnologias complexas, tais como transplantes de órgãos e manipulação genética, deixando de lado medidas sanitárias básicas que poderiam salvar a vida de inúmeras pessoas em situação de pobreza. Sendo assim, a alocação, a destinação, a distribuição e o controle de recursos em saúde devem observar a realidade do país e suas iniquidades. A BI, frente a esses desafios, defende uma postura interventiva utilitarista, com decisões que visem à redução de iniquidades, privilegiando o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo possível, e resultando nas melhores consequências coletivas (89).

3.5.2 Abordagens Feministas da Bioética

As Abordagens Feministas da Bioética são um conjunto de reflexões acerca do tema que, devido à pluralidade de formas de se posicionar no feminismo, nunca se restringiram a uma única teoria, embora, em alguns textos, autoras possam apresentar essas abordagens sob o título de Bioética Feminista, Bioética de inspiração feminista ou Perspectivas Feministas da Bioética. O que partilham em comum, talvez, seja a pergunta ponto-de-partida, que indaga: *qual a contribuição distinta que o feminismo pode trazer à produção teórica e prática da bioética, como campo de conhecimento?* (94). É essencial compreender que as abordagens feministas da bioética não dizem apenas dos problemas relacionados às mulheres e, sim, de um conjunto de críticas a um ideal de Bioética, traçadas a partir de perspectivas do feminismo.

O feminismo assume a crítica política à suposta neutralidade de gênero da ciência (84), oferecendo novas palavras e descrições ao discurso acadêmico, de modo a torná-lo mais justo aos grupos periféricos e vulneráveis. O feminismo coloca em questão o caráter androcêntrico da constituição social: seja nas relações, ou na produção de conhecimento, há uma aceitação do “homem” tomado como sinônimo de toda criatura humana. Tal fato representa um importante viés na forma como esse homem genérico se transforma no ponto de partida de tudo que agenciamos enquanto sujeitos sociais. Nesse sentido, quando pensamos numa abordagem universal da saúde, por exemplo, o sujeito dessa universalidade é um homem-cidadão-de-direitos e cada outra pessoa com características e necessidades diferentes será pensada em comparação a ele.

Nas origens do debate feminista sobre Bioética, chamou-se a atenção para os modelos discursivos da bioética vigente e aplicada, os quais eram, em geral, masculinos, situando as mulheres como um “outro” dependente e alienado (95). O direcionamento de pesquisas e de políticas públicas, atravessado por diversos vieses, inclusive os de gênero, é algo que o feminismo visa a expor, repensando a pretensa universalidade invocada nas teorias morais e reconhecendo as injustiças perpetradas historicamente (96). Questiona, então, de que serviria uma moral calcada em princípios abstratos e tão pouco atenta às singularidades, aos contextos e às relações do mundo real (67).

Assim sendo, Diniz e Guilhem (97) trazem a preocupação de que alguns princípios éticos, tais como o da dignidade humana, ofereceriam um espaço muito confortável de convergência e acomodação para bioeticistas de diferentes vertentes. O papel da bioética feminista, então, seria o de evitar que a bioética se tornasse apenas uma afirmação de princípios e ideais de como o mundo deveria ser, e assumisse uma postura crítica, buscando ativamente mecanismos de reparação social das desigualdades já instaladas.

É a partir de uma desconstrução dos discursos hegemônicos que o feminismo auxilia a Bioética a seguir em permanente questionamento. Aproxima-se, também, de uma abordagem menos individualista, situando a garantia de direitos no âmbito da equidade, buscando auxiliar na visibilidade de grupos sistematicamente colocados em situação de periferia. Ao questionar a dicotomia homem-mulher, coloca em cheque toda uma forma de pensamento que hierarquiza sujeitos, pedra fundamental das iniquidades sociais (98), e aponta que a própria Bioética Principlista - e correntes dela derivadas – parecem identificar-se com princípios que celebram o individualismo liberal e carregam lógicas sexistas (homens), racistas (brancos) e classistas (classe média) (99).

No debate sobre benefício coletivo *versus* individual, as abordagens feministas da bioética se questionam sobre quais são os critérios para alguém ser considerado membro de uma comunidade, quais as relações de poder estão em cena nessas comunidades, quais regras regulam os sujeitos, onde há desamparo e quem paga o preço por esse desamparo (37). No SUS, especificamente, é essencial a consideração de que o individual e o coletivo estão intimamente conectados. O problema de atribuímos um valor simbólico a “uma vida salva” (100) e, com ele, justificarmos gastos públicos, defendendo entusiasticamente exames e tratamentos,

é o esquecimento frente às outras vidas, tidas como socialmente desimportantes, que jazem descobertas pelos investimentos públicos. Numa norma liberal onde as identidades individuais parecem cegas ao outro, a autonomia emerge como valor superior a qualquer coletividade e a responsabilidade é ética apenas entre iguais.

A importância do conceito de vulnerabilidade para as abordagens feministas está relacionada a um entendimento de que apenas através do reconhecimento das vulnerabilidades e das formas históricas, políticas, institucionais e sociais que elas se inscrevem no corpo poderemos avançar na responsabilidade ética sobre o sofrimento (101). A vulnerabilidade estaria relacionada a um conjunto de opressões sociais vivenciadas por alguns grupos, especialmente aqueles atravessados por marcas de gênero, raça e classe, as quais poderiam confundir autonomia com coerção da vontade (97).

Nesse sentido, as abordagens feministas da bioética estão focadas na contextualização da vulnerabilidade, de modo a desenvolver mecanismos de reparação social da vulnerabilidade moral a que determinados grupos são expostos reiteradamente. Pautam-se, portanto, numa premissa de pluralismo moral e cultural que atenta ao respeito às diferenças e à diversidade, ao mesmo tempo em que busca os pontos de tensão onde essas diferenças se traduzem em vulnerabilidade, desigualdade e opressão. Colocam, então, como sujeito de análise, o indivíduo em sua rede de relações sociais (97) e se aproximam do debate sobre colonialidade da vida, onde se questiona o papel de mediação que esse homem-humano universal e racional é autorizado a ocupar, voltando as políticas da esfera pública para suas necessidades, em oposição a um outro, diferente de si, que passa a ocupar o lugar marginal de exceção, de particularidades que precisam ser lidadas na esfera privada (102).

3.5.3 Críticas e aproximações entre a Bioética de Intervenção e as Abordagens Feministas da Bioética

O caráter universal dos princípios, tanto do princípalismo, quanto da DUBDH, é frequentemente colocado em cheque pelas bioeticistas feministas. Quando a DUBDH situa a saúde como direito fundamental de todo ser humano sem distinção

de raça, religião, crença política, condição econômica ou social, a resposta das mulheres que propõem abordagens feministas da bioética é que esse texto não reconhece explicitamente as disparidades de poder e riqueza que negam igual dignidade e direitos a muitos, de forma estrutural e não acidental. Que universalidade seria essa senão a do agente moral homem, branco, de ascendência europeia, que entende o mundo a partir de si e tem o outro como propriedade e não sujeito de direitos? Como articular “princípios universais” sem antes reconhecer criticamente que os próprios conceitos de pessoa, direitos e igualdade, oriundos do Iluminismo, falam desde uma hegemonia de determinada identidade de raça, cultura e sexo (103)?

Argumentam, no entanto, que o mérito da afirmação dos direitos universais não pode ser atribuído apenas pelas pessoas privilegiadas para quem esses direitos já estão, de antemão, garantidos, mas, sim, pelas pessoas que foram privadas desses direitos (104), as quais trarão uma outra perspectiva de necessidade e de desamparo. O importante, nesse caso, seria sustentar uma postura crítica frente aos direitos humanos e direitos universais, reconhecendo marcas existentes nas disparidades de poder e nos processos de opressão que tornam determinados grupos sistematicamente vulnerados socialmente, seja pela dificuldade de acesso a recursos, seja pela condição atribuída de “minoria”.

Ao explicitar gênero e raça como categorias de análise essenciais para a Bioética, as abordagens feministas parecem se distanciar da BI, a qual, pelo menos em seus textos iniciais, se mostra alheia a essas categorias, situando-se genericamente “ao lado dos mais vulneráveis”, como se vulnerabilidade fosse, também, um termo universal que não carregasse marcas específicas. Ressalva-se que a BI, em textos mais recentes, tem se aproximado do debate sobre colonialidade e, assim, adotado um olhar mais atento para as dimensões de gênero e raça (88). As abordagens feministas apontam que o próprio conceito de vulnerabilidade foi entendido e utilizado de forma ambígua, ao longo dos anos, o que gerou, por um lado, a adoção de posturas paternalistas e excessivamente protetivas frente àqueles consensualmente considerados vulneráveis (crianças participantes de pesquisa, por exemplo), ao mesmo tempo em que se negligenciou a vulnerabilidade não óbvia ou não reconhecida pelos mecanismos vigentes (105).

As abordagens feministas trabalham o tema da interseccionalidade (106), entendido como as várias formas de subordinação que refletem os efeitos interativos

das discriminações de raça, gênero e classe social, atentando para o fato de que a desigualdade, em seus muitos níveis de complexidade, não encontra alento no universalismo dos direitos humanos e, podemos imaginar, tampouco no chamado acesso universal à saúde. Isso quer dizer que o acesso universal, ao passo que pretensamente inclui todos, traz consigo a inclusão típica de uma sociedade desigual, onde o homem branco de classe média terá mais, e a mulher negra e pobre menos acesso. A interseccionalidade também é usada para pensar as possibilidades de autonomia dos sujeitos, já que a aproximação de autonomia com a racionalidade, muitas vezes, é utilizada de modo a declarar incapazes de exercê-la não só os tidos como loucos, mas aqueles que representam classes sociais, raças ou gêneros socialmente oprimidos (99).

Ao passo que políticas públicas devem reconhecer a existência de população específicas e escutá-las, as abordagens feministas da bioética também defendem que, na interface da Bioética com a Saúde Pública, é essencial resgatar a compreensão da vulnerabilidade a que todas as vidas estão expostas, situando-as contextualmente, apontando as diferenças em suas origens e na forma como são mantidas e perpetuadas, produzindo soluções que resgatem dimensões de autonomia e responsabilidade. Butler (107) situa essa compreensão sobre a vulnerabilidade partilhada no âmbito da precariedade da vida, onde, ainda que distribuída de forma desigual, a vida a qual atribuímos valor inferior à nossa é essencial para sustentar nossa própria existência. Em outras palavras, se deixarmos todas as usuárias do SUS morrerem, a próxima vida mais precária será a da mulher que possuir o pior plano privado de saúde, e assim por diante. A autora defende que todas as vidas encontrariam a maximização da precariedade quando, em algum momento, ao recorrer ao Estado em busca de proteção, não percebiam que, muitas vezes, é desse Estado precisamente que sua vida precisa ser protegida.

Na BI e nas abordagens feministas da bioética, o conceito de solidariedade e, mais especificamente, a defesa de uma solidariedade crítica se soma às noções de responsabilidade e alteridade. As abordagens feministas clamam que, diante do crescente individualismo, da privatização e do consumismo, os sujeitos possam olhar além dos círculos familiares e sociais, assumindo responsabilidade pelas suas ações e o impacto delas nas vidas dos outros, reconhecendo a vulnerabilidade partilhada entre todos os sujeitos e a interdependência entre as agências de cada sujeito social, suas formas de fazer uso dos recursos e das tecnologias (108).

Nesse sentido, poderíamos pensar num exemplo de solidariedade onde um profissional de saúde que atende a usuárias de um plano de saúde privado compreende e repensa a prescrição indiscriminada de exames que essa usuária realiza - porque pode -, já que isto impacta nas formas como o sistema público de saúde modela suas ofertas para outras mulheres. Além disso, o “simples” fato de algumas pessoas possuírem plano privado de saúde produz formas muito específicas de iniquidade e exclusão (109): quem pode e quem não pode comprar esse modelo de saúde? Quais tipos de plano cada grupo distinto de pessoas pode adquirir? Até onde esse modelo de saúde oferece cobertura e até onde lucra em cima do sistema público de saúde?

A BI, por sua vez, traz a solidariedade crítica desde uma perspectiva de compromisso interventivo que visaria à transformação social, na busca de políticas públicas democráticas e equitativas, produzindo mudanças em nível individual e coletivo (110). Exige do sujeito social a radicalidade de participar efetivamente e ativamente das atividades públicas e dos processos democráticos, ainda que, aparentemente, não sintam na carne os prejuízos de tais políticas.

O corpo é outro elemento que possui um lugar de destaque nas abordagens feministas da bioética e na BI. As abordagens feministas atentam para o fato de que esse “universal masculino” inscreve seus parâmetros em corpos reais (95), ou, ainda, como aborda Preciado (111), no Manifesto Contra-Sexual, há uma tecnologia social heteronormativa que se apresenta em instituições linguísticas, médicas ou domésticas, e se inscreve nos corpos, produzindo sujeitos distintos aos olhos do Estado. Os processos de socialização, que esculpem essas identidades sociais, condicionam também os padrões de comportamento considerados aceitáveis para cada sexo, faixa etária e classe social, entre outros fatores, configurando a estrutura social, incidindo na forma como as políticas públicas são desenvolvidas, produzindo verdades consideradas universais sobre as possibilidades de exercício de cada sujeito no mundo (112) e afetando sobremaneira as dimensões de autonomia e justiça.

A BI propõe a corporeidade como marco conceitual, utilizando prazer e dor como indicadores da necessidade de uma intervenção que corrija iniquidades e atente para a produção de sofrimento oriunda dessa vivência corporal. O corpo seria, para a BI, o universal óbvio, no sentido de representar o mediador do comum dos sujeitos com a realidade física, a despeito de ter significados e simbologias

distintos em cada cultura (91). A dor e o prazer, entendidas a partir da experiência corpórea dos sujeitos em relação social, são marcadores que poderiam ser escutados tanto a partir das necessidades singulares de cada indivíduo, quanto a partir de indicadores de desenvolvimento social e de pobreza que permitiriam entender onde “doem” as iniquidades.

Nessa diversidade de conceitos que cada olhar da Bioética traz, selecionamos alguns conceitos que nos auxiliarão, ao longo do trabalho, a conduzir o debate sobre rastreamento de câncer de mama e de câncer de colo no útero no Brasil, apresentados a seguir (Figura 9):

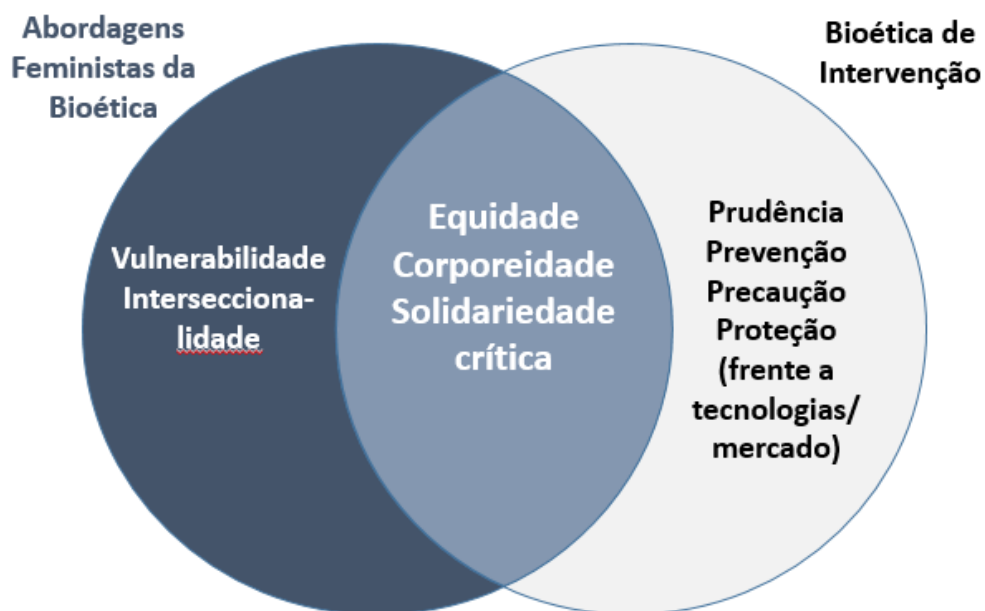


Figura 9 – Conceitos das Abordagens Feministas da Bioética e da Bioética de Intervenção, e suas intersecções

Fonte: autora.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a realização de exames de rastreamento de câncer de mama e de colo do útero no SUS e suas implicações sociais, a partir de conceitos da Bioética de Intervenção e das Abordagens Feministas da Bioética.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a linha do tempo das políticas públicas brasileiras para rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero, entre 1990 e 2016;
- Comparar a realização de exames de rastreamento de câncer de colo do útero e de câncer de mama no SUS com as diretrizes nacionais e internacionais sobre o tema;
- Analisar o conteúdo das informações disponíveis nas páginas da internet dos conselhos profissionais sobre os exames de rastreamento de câncer de colo do útero e câncer de mama disponíveis no SUS, seus benefícios e possíveis danos; e
- Discutir criticamente o conteúdo das informações a partir de conceitos da Bioética de Intervenção e das Abordagens Feministas da Bioética, considerando as suas interfaces e especificidades.

5. PERCURSOS METODOLÓGICOS

“Para que(m) serve teu conhecimento?”

Pichado, o grafite dizia

Aos muitos muros de cimento

Separando a rua da academia

Esse trabalho consiste de uma abordagem metodológica mista conhecida como triangulação (113), onde dados qualitativos e quantitativos foram coletados para contribuir para a análise do problema do rastreamento de câncer de mama e de colo do útero no Brasil. Tal combinação de dados foi feita, conforme categorias elencadas por Bryman (114), não só devido à natureza distinta dos objetivos do estudo, onde diferentes dados respondem a diferentes partes da pergunta de pesquisa, mas devido à finalidade de atingirmos maior completude, ou seja, um relato mais abrangente acerca do tema estudado. Além disso, os dados quantitativos e qualitativos foram relacionados de modo a produzir novas hipóteses e descobertas sobre o tema. De modo a atender aos objetivos traçados, percorremos os seguintes percursos metodológicos:

a) **revisão bibliográfica**, a qual representou um grande desafio à pesquisa, tendo em vista que boa parte do acesso a artigos sobre rastreamento dos cânceres e sobre as Abordagens Feministas da Bioética era de acesso restrito e em idioma estrangeiro. Discutiremos, mais à frente, as limitações deste trabalho, detalhando as diversas barreiras encontradas para o exercício da pesquisa.

A revisão foi conduzida em diferentes etapas e estratégias para cada tema:

Para os dados sobre rastreamento de câncer de mama e de câncer de colo do útero, bem como seus benefícios e danos, realizamos busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que reúne uma coleção de fontes de informação do LILACS, Medline, além de recursos educacionais abertos. Como descritores, foi utilizada a seguinte estratégia de busca: *(breast cancer OR cervical cancer OR câncer de mama OR câncer de colo do útero) AND (screening OR overtreatment OR overdiagnosis OR rastreamento OR sobrediagnóstico OR sobretratamento) OR*

(*bioethics OR bioética*). Foram filtrados os resultados de modo a restringir o tipo de estudo a “revisões sistemáticas”, não foi adotado filtro quanto à data de publicação do artigo. A busca foi realizada entre os meses de junho e novembro de 2016, com atualização em julho de 2017 para verificar a publicação de novos artigos de interesse.

A partir dos resultados, foi realizada uma leitura flutuante dos títulos, de modo a selecionar artigos que dialogassem com a temática do presente trabalho, com ênfase especial aos textos que se debruçassem sobre as temáticas de sobrediagnóstico e sobretratamento em câncer, cuja disponibilidade em idioma português ainda é escassa. Para as informações específicas sobre as recomendações de rastreamento de cada país e demais manuais e diretrizes governamentais, foram acessadas as páginas na *internet* do Ministério da Saúde ou órgão equivalente.

O maior desafio para a etapa de revisão bibliográfica foi, justamente, o percurso para identificação dos textos relacionados aos olhares da Bioética, a saber, Bioética de Intervenção e Abordagens Feministas da Bioética. As buscas com o descritor “bioética de intervenção” e suas variações em idioma, nas plataformas BVS e Scientific Electronic Library Online (SciELO), retornaram 41 e 91 artigos, respectivamente. Excetuando as sobreposições e os artigos cujo tema principal não era a Bioética de Intervenção, apenas 09 artigos foram lidos na íntegra. Assim, o referencial teórico da Bioética de Intervenção utilizado nesse trabalho foi o resultado de um acúmulo entre: a) as referências bibliográficas das disciplinas obrigatórias cursadas durante o mestrado; b) 04 artigos das buscas realizadas nas bases de dados; e c) outros artigos ou textos retirados das referências dos artigos obtidos nas buscas nas bases de dados. Foram incluídos artigos que traziam conceitos da Bioética de Intervenção aliados ao debate ampliado sobre saúde pública, tecnologia e colonialidade.

Já para o referencial teórico das Abordagens Feministas da Bioética, o percurso se deu da seguinte forma: após busca na BVS e no SciELO utilizando o descritor “bioética feminista” e sua variação em inglês, foram encontrados 27 artigos na primeira base de dados, dos quais 14 versavam sobre Bioética Feminista, e 07 artigos na segunda base de dados. O expressivo número de artigos escritos pela autora Rosemarie Tong - e a dificuldade em encontrá-los em acesso aberto – levou a uma busca mais abrangente no Google Scholar, onde foi possível encontrar

artigos de acesso aberto junto à revista *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. A produção acadêmica encontrada, em sua maioria, estava no idioma inglês. Foram incluídos artigos que tratavam da conceituação das Abordagens Feministas da Bioética ou da articulação dessas com a saúde pública.

Para todos os temas, sempre que encontrados artigos versando sobre o mesmo tópico ou apresentando dados similares, foram escolhidos, para compor o texto final, aqueles com pelo menos uma autora do sexo feminino, como forma de valorização das produções por mulheres. Essa foi uma decisão de afirmação ético-política da autora, todavia não parece ter representado maiores barreiras, tendo em vista a grande quantidade de publicação acadêmica crítica realizada por mulheres, sobre mulheres, visando ao questionamento de paradigmas e certezas de uma ciência de décadas atrás, marcadamente masculina.

b) Para os dados que constituíram a **linha do tempo das políticas públicas**, foram consultadas as páginas da internet do INCA e da Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC) do MS, ambos os quais possuem seções de “Legislação”. Após leitura de todo conteúdo disponível, foram incluídas, na construção da linha do tempo, as legislações relacionadas ao tema de rastreamento. A busca foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2016.

c) extração de dados nos **sistemas de informação do SUS**. Foram utilizados o Sistema de Informação do câncer do colo do útero (SISCOLO), o Sistema de Informação do câncer e mama (SISMAMA) e as Informações de Saúde do Departamento de Informática do SUS (TABNET/DATASUS), além da Estimativa de Câncer no Brasil (INCA/MS) e do Atlas de Mortalidade, de modo a abordar um panorama das práticas de rastreamento de câncer no Brasil e a incidência e a mortalidade registradas.

No SISCOLO, foram pesquisados os registros relativos ao procedimento Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora, por região de residência e faixa etária e por região de residência e tempo transcorrido desde o último preventivo, no período entre janeiro de 2010 e julho de 2015 (mês dos últimos dados consolidados à época).

No SISMAMA, foram pesquisados os registros relativos ao procedimento Exame Mamografia, com filtro para indicação clínica de Mamografia de Rastreamento, por região de residência e faixa etária e por região de residência e tempo transcorrido desde a mamografia anterior, no período entre janeiro de 2010 e julho de 2015 (mês dos últimos dados consolidados à época).

Os dados disponíveis foram extrapolados de modo a simular, de acordo com a população de mulheres na faixa etária indicada para rastreamento de cada câncer (obtida através do TABNET/DATASUS – Dados Demográficos), o número de exames necessários, e as percentagens de realização dentro e fora da faixa etária e da periodicidade preconizadas pelo Ministério da Saúde.

No TABNET/DATASUS, também obtivemos o valor, em reais, apresentado para a produção ambulatorial de cada procedimento na Assistência à Saúde. Os filtros aplicados para a busca referente às mamografias de rastreamento foram o de Procedimento (a saber, 0204030188 - Mamografia bilateral para rastreamento) e período (de janeiro de 2010 a julho de 2015). Os filtros aplicados para a busca referente às mamografias de rastreamento foram o de Procedimento (a saber, 0203010019 - Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora, 0203010060 -Exame citopatológico cervico vaginal- rastreamento, 0203010086 - Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) e período (de janeiro de 2010 a julho de 2015).

Na Estimativa de Câncer no Brasil, foram pesquisadas as representações espaciais das taxas brutas de incidência das neoplasias malignas por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação do Brasil.

No Atlas de Mortalidade, foram pesquisadas as Taxas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, por região, entre 2010 e 2014.

As tabelas extraídas de cada sistema de informação foram trabalhadas em formato de gráfico ou quaisquer outros formatos que facilitassem a visualização dos dados, sem prejuízo ou alteração ao conteúdo oficial.

d) **análise de conteúdo** das informações disponíveis nas páginas da internet dos Conselhos profissionais relacionadas aos procedimentos de rastreamento de câncer de mama e de colo do útero, a saber, os de medicina, enfermagem e técnicos em radiologia. Os referidos Conselhos foram escolhidos por representarem

as categorias profissionais cuja Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) está relacionada à prescrição e realização dos exames de rastreamento desses cânceres no SUS. De acordo com a classificação de Elm (115) para privacidade de ambientes virtuais, as páginas da internet dos Conselhos possuem modalidade pública (aberto e disponível a todos) e semipública (requer cadastro ou participação). As buscas foram realizadas no ambiente virtual público dos Conselhos, de modo a demonstrar resultados que quaisquer profissionais e pessoas em geral poderiam encontrar, caso quisessem replicá-las.

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (116), a qual permite a análise quantitativa e qualitativa de comunicações. Observou-se as seguintes etapas: 1) pré-análise do material, através de leituras flutuantes e escolha do material a ser utilizado a partir dos objetivos deste trabalho; 2) a seleção das unidades de análise; 3) a preparação do material; 4) a exploração do material a partir das unidades de análise; e 5) a categorização e sub-categorização propriamente ditas (117). Foi privilegiado o aspecto qualitativo na análise dos documentos, com definição de categorias e temas por relevância do conteúdo para o recorte do estudo.

Constituição do *corpus*

Realizamos busca na página na *internet* do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER), nos meses de outubro a dezembro de 2016, utilizando os descritores “mamografia”, “exame citopatológico” e “papanicolau”. Após leitura flutuante, os textos foram classificados de acordo com a relevância do descritor, a saber: quando o descritor era apenas mencionado sem maior contextualização ou debate, o texto era classificado como *periférico*; já quando o descritor era abordado de forma mais elaborada, com frases inteiras dedicadas a debate-lo, o texto era classificado como *central* e, assim, incluído na constituição do *corpus*. Na Tabela 3, consta o total de textos encontrados e incluídos, que serão debatidos a seguir:

Tabela 3 – Resultado da pesquisa por descritores nas páginas da *internet* dos Conselhos

Descritor	Textos encontrados	Textos incluídos
-----------	--------------------	------------------

Mamografia	CFM	35	13
	COFEN	12	8
	CONTER	30	18
	Total	77	39
Exame Citopatológico	CFM	19	10
	COFEN	4	2
Papanicolau	CFM	10	3
	COFEN	7	4
	CONTER	4	3
	Total	44	22

Fonte: autora.

- Para o descritor “mamografia” foram encontrados:

Na página na *internet* do CFM, a busca retornou 35 resultados, dentre notícias, notas produzidas por profissionais e relatórios de balanços da gestão do Conselho, entre os anos de 2003 e 2016 (apenas um texto, posteriormente excluído da análise, datava de 1999). A partir da leitura flutuante dos 35 textos, foram excluídos 04 que continham uma nota ressaltando que o conteúdo expresso não representava a visão do CFM sobre o tema, 17 onde o termo “mamografia” era citado de forma periférica e não aprofundada, e 01 texto que datava anteriormente ao ano 2000. Dessa forma, o *corpus* foi constituído de 13 textos onde o termo “mamografia” era o eixo central ou estava no texto de forma elaborada (Apêndice 1).

Na página na *internet* do COFEN, a busca retornou 12 resultados, dentre notícias e resoluções do Conselho produzidas entre os anos de 2010 e 2016. A partir da leitura flutuante dos 12 textos, foram excluídos 04 onde o termo “mamografia” era citado de forma periférica e não aprofundada. Dessa forma, o *corpus* foi constituído de 08 textos onde o termo “mamografia” era o eixo central ou estava no texto de forma elaborada (Apêndice 2).

Na página na *internet* do CONTER, a busca retornou 30 resultados, dentre notícias e notas do Conselho produzidas entre os anos de 2010 e 2016. A partir da leitura flutuante dos 30 textos, foram excluídos 12 onde o termo “mamografia” era citado de forma periférica e não aprofundada. Dessa forma, o *corpus* foi constituído de 18 textos onde o termo “mamografia” era o eixo central ou estava no texto de forma elaborada (Apêndice 3).

- Para o descritor “exame citopatológico” foram encontrados:

Na página na *internet* do CFM, a busca retornou 19 resultados, dentre notícias e notas produzidas entre os anos de 1999 e 2016. A partir da leitura flutuante dos 19 textos, foram excluídos 06 onde o termo “exame citopatológico” era citado de forma periférica e não aprofundada, e 03 textos que datavam anteriormente ao ano 2000. Dessa forma, o *corpus* foi constituído de 10 textos onde o termo “exame citopatológico” era o eixo central ou estava no texto de forma elaborada (Apêndice 4).

Na página na *internet* do COFEN, a busca retornou 04 resultados, notícias produzidas entre os anos de 2011 e 2013. A partir da leitura flutuante dos 04 textos, foram excluídos 02 onde o termo “exame citopatológico” era citado de forma periférica e não aprofundada. Dessa forma, o *corpus* foi constituído de 02 textos onde o termo “exame citopatológico” era o eixo central ou estava no texto de forma elaborada (Apêndice 5).

Na página na *internet* do CONTER, a busca não retornou resultados.

- Para o descritor “papanicolau” foram encontrados:

Na página na *internet* do CFM, a busca retornou 10 resultados, dentre notícias e notas produzidas entre os anos de 1999 e 2011. A partir da leitura flutuante dos 10 textos, foram excluídos 03 onde o termo “papanicolau” era citado de forma periférica e não aprofundada, 02 textos que continham uma nota ressaltando que o conteúdo expresso não representava a visão do CFM sobre o tema e 02 textos que datavam anteriormente ao ano 2000. Dessa forma, o *corpus* foi constituído de 03 textos onde o termo “papanicolau” era o eixo central ou estava no texto de forma elaborada (Apêndice 6).

Na página na *internet* do COFEN, a busca retornou 07 resultados, notícias ou resoluções do Conselho produzidas entre os anos de 2010 e 2016. A partir da leitura flutuante dos 07 textos, foram excluídos 03 onde o termo “papanicolau” era citado de forma periférica e não aprofundada. Dessa forma, o *corpus* foi constituído de 04 textos onde o termo “papanicolau” era o eixo central ou estava no texto de forma elaborada (Apêndice 7).

Na página na *internet* do CONTER, a busca retornou 04 resultados, notícias produzidas entre os anos de 2011 e 2015. A partir da leitura flutuante dos 04 textos, foi excluído 01 onde o termo “papanicolau” era citado de forma periférica e não

aprofundada. Dessa forma, o *corpus* foi constituído de 03 textos onde o termo “papanicolau” era o eixo central ou estava no texto de forma elaborada (Apêndice 8).

Instrumentos e Procedimentos

A unidade de análise/registo utilizada para codificação foram os **temas** e os indicadores utilizados foram a **relevância** e, posteriormente, a **frequência** em que determinado tema aparecia. Inicialmente, foram destacados trechos que traziam conteúdo correlato ao recorte do estudo e que apareciam de forma recorrente e, após, agrupou-se esses em temas que constituíram, por sua vez, categorias. As categorias, dessa forma, foram construídas *a posteriori*, emergindo do conteúdo dos textos analisados.

5.1 LIMITAÇÕES

Na feitura deste trabalho, encontramos diversos obstáculos, os quais representam limitações que serão abordadas aqui. Uma barreira enfrentada foi o idioma, pois, ao tentarmos privilegiar a escolha de revisões sistemáticas para abordar o tema de rastreamento de câncer de mama e de câncer de colo do útero, a maior parte desses estudos era redigida em inglês. A tradução dos termos foi realizada pela autora, a qual é proficiente no idioma, e, por vezes, foi utilizada a ferramenta do Google Tradutor, a qual se mostrou insuficiente para uma tradução adequada da linguagem científica. A mesma barreira foi encontrada na busca por diretrizes internacionais de rastreamento desses cânceres e em boa parte dos textos das Abordagens Feministas da Bioética.

Não seria viável pagar um tradutor para os textos na íntegra, então é possível que uma parcela do conteúdo não tenha sido traduzida ou aproveitada da melhor forma. A barreira de idioma ainda é muito presente na ciência e nos impede de acessar criticamente publicações internacionais extremamente relevantes para o contexto brasileiro. Outro desafio encontrado foi a disponibilidade de artigos de acesso aberto, tanto para os temas de rastreamento, quanto para as Abordagens Feministas da Bioética. Utilizamos, em diversas ocasiões, a página da internet Sci-Hub, a qual promove uma rede aberta de senhas para periódicos pagos, de modo a

obter acesso aos artigos de interesse na íntegra. Sem tal ferramenta, a nossa possibilidade de discussão ampliada sobre o tema teria sido ainda mais restrita.

O uso dos sistemas de informação do SUS, nesse trabalho, foi facilitado pela experiência prévia da autora na gestão federal, todavia o acesso aos dados e a interpretação dos mesmos não são intuitivos. Além disso, os dados são inseridos com algum atraso nos sistemas de informação, sendo que uma mesma pesquisa, em diferentes datas, pode retornar resultados completamente distintos. Apesar dos nossos esforços de descrição detalhada dos Percursos Metodológicos, a replicação exata de nossa pesquisa está limitada por esses fatores. Na etapa de análise de conteúdo das páginas da *internet* dos Conselhos, pudemos observar a repetição dos mesmos textos, ou fragmentos desses, em diferentes postagens de um ou mais Conselhos. Além disso, só conseguimos acessar o conteúdo aberto ao público, então é possível que direcionamentos dos Conselhos diretamente para seus profissionais associados não tenham sido incluídos na análise.

Este trabalho privilegiou, sempre que possível, a inclusão de artigos publicados com participação de mulheres na autoria. Essa é uma afirmação política da pesquisa, frente à tendência de selecionarmos e valorizarmos autores homens, mesmo quando o tema de pesquisa convoca um olhar atento à diferença, sem reconhecer a grande contribuição de mulheres para a pesquisa científica. Tivemos o cuidado de selecionar os textos após verificar a exaustão de determinado argumento no conjunto de textos lidos, e, sempre que encontramos uma ideia inédita e relevante para o trabalho, mesmo sem autoria de mulheres, a mesma foi incluída. Essa forma de seleção de artigos representa um viés do trabalho, mas acreditamos que não interfere na apresentação da diversidade de conteúdo encontrada sobre o tema.

Por fim, o presente trabalho, circunscrito ao tempo e às possibilidades de um mestrado, tem a limitação da insuficiência frente à complexidade do tema abordado, especialmente por exigir um longo trabalho de desconstrução ao apresentar uma visão que enfrenta aquela propagada pela mídia, por boa parte da formação universitária de profissionais de saúde e pela indústria tecnológica da saúde. Buscamos oferecer uma visão ampla e multifatorial do problema, o qual ainda é pouco debatido em nosso país e em nosso idioma. Cada eixo abordado pode e deve ser desmembrado em futuras pesquisas, com a inclusão de outras metodologias e outros recortes territoriais.

6. RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados referentes à linha do tempo das políticas públicas de rastreamento de câncer de mama e colo do útero e à produção de exames de rastreamento de câncer de mama e de colo do útero no SUS em comparação com as diretrizes nacionais e internacionais sobre o tema. Logo após, trataremos a análise de conteúdo das informações disponíveis nas páginas da internet dos conselhos profissionais sobre esses exames, seus benefícios e possíveis danos. Nesse trabalho, ao entendermos os profissionais de saúde como mediadores que colocam em ação as políticas públicas e os saberes científicos junto à população, defendemos a hipótese de que os discursos que orientam estes profissionais interferem na forma como os exames de rastreamento são prescritos e realizados no SUS.

6.1 LINHA DO TEMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E COLO DO ÚTERO NO SUS

A análise dos fenômenos relacionados ao rastreamento dos cânceres de mama e colo do útero, no Brasil, está permeada pelo avanço das políticas públicas de saúde ao longo dos pouco mais de 25 anos de SUS. Destaca-se que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde e, à época, já incluía um breve diagnóstico sobre o problema dos cânceres de mama e de colo uterino (118). Alguns desses marcos legislativos e executivos serão ressaltados aqui, de modo a caracterizar as principais ações desenvolvidas no âmbito do rastreamento de câncer de mama e de colo do útero no Brasil.



Figura 10 – Linha do tempo das políticas públicas de rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero, de 1990 a 2004

Fonte: autora.

Conforme a Figura 10, observamos que, em 1990, a Lei nº 8080 (119) dispõe um panorama geral do funcionamento do SUS, trazendo as ações de prevenção a partir de uma perspectiva de integralidade da atenção, situadas em um discurso de promoção, proteção e recuperação da saúde. Quase oito anos depois, é instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer Uterino (120), colocando sob responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde a condução e o acompanhamento das ações. O sistema de informação sobre as ações de prevenção de câncer de colo do útero, SISCOLO, foi implementado em 1999 (121), durante um período onde a oferta de serviços foi ampliada de forma a cobrir mais de 3,5 milhões de mulheres no país (122). O foco no câncer de colo do útero foi mantido nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (123), devido às altas taxas de mortalidade da doença e potencial de prevenção a nível municipal.

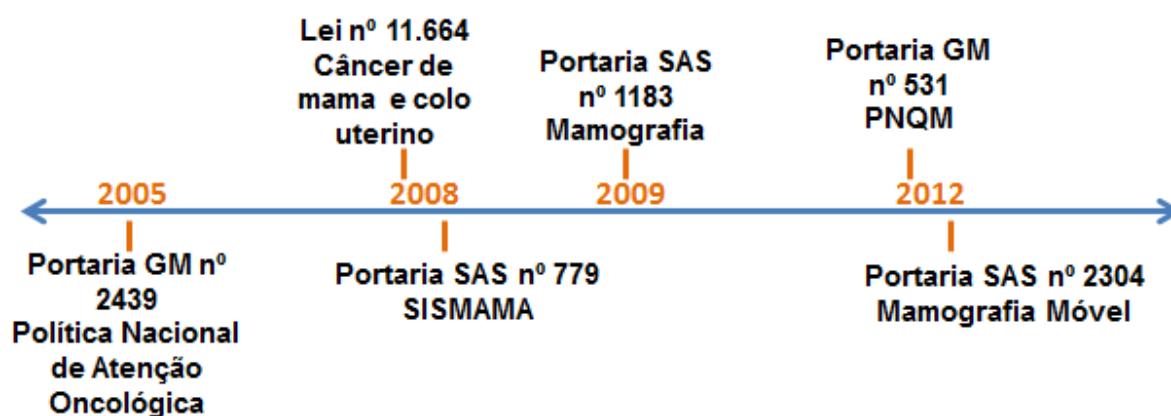


Figura 11 – Linha do tempo das políticas públicas de rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero, de 2005 a 2012

Fonte: autora.

As Figuras 10 e 11 evidenciam que, entre 2004 e 2005, são publicadas as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher (124) e de Atenção Oncológica (125), ambas as quais apresentam o câncer de colo do útero e o câncer de mama como uma dupla de doenças-chave para a saúde das mulheres. Essa ampliação de foco é decisiva para a organização das ações de prevenção no âmbito do SUS. Em 2008, a Lei 11.664 (126) versa sobre a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, assegurando, no sistema público de saúde, a realização de exame citopatológico do colo uterino a todas as mulheres que já tenham iniciado sua vida sexual, independentemente da idade, e realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade.

A Lei supracitada não versa especificamente sobre exames de rastreamento, todavia é um dos primeiros documentos legislativos a abordar uma faixa etária para a realização das ações de prevenção. É interessante observar, no entanto, que a legislação apontava uma faixa etária para mamografia contrária ao documento nacional de Consenso para Controle do Câncer de Mama (127), desenvolvido, em 2004, pelo Instituto Nacional de Câncer em conjunto com técnicos de diferentes áreas do Ministério da Saúde, gestores, pesquisadores que atuam na área de controle de câncer e representantes de Sociedades Científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher. No Consenso, não havia recomendação de mamografia para mulheres abaixo de 50 anos, assintomáticas e sem risco elevado para câncer de mama.

O sistema de informação acerca das ações de prevenção de câncer de mama, o SISMAMA, foi lançado em 2008 (128), quase dez anos após o SISCOLO. A partir daí, verificamos um eixo bastante claro de investimento nas ações de câncer de mama, sendo que, em 2009, é publicada portaria de regulamentação dos procedimentos de mamografia no SUS (129). Na portaria em questão, é incluído o procedimento de Mamografia bilateral para rastreamento, com financiamento federal pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação durante 6 meses para, após, ser repassado ao teto de média e alta complexidade dos estados e municípios. Além

disso, é mantido o procedimento de Mamografia unilateral, destinado à investigação diagnóstica de alteração em exame da mama, marcação pré-cirúrgica de lesão mamária ou acompanhamento após tratamento de câncer mamário. A mamografia unilateral consta como um procedimento que poderia ser realizado em uma ou duas mamas, conforme necessidade diagnóstica.

Em 2012, são instituídos o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM) (130), destinado a acompanhar os mamógrafos de todo o país, e o Programa de Mamografia Móvel (131), destinado à habilitação de mamógrafos em veículos, de modo a promover a oferta de mamografia em regiões de difícil acesso do país. Entre 2008 e 2012, o investimento em mamografias apresenta um grande crescimento a nível federal, e o procedimento de mamografia bilateral não chega a ser atualizado para financiamento através do teto dos estados e municípios, conforme previsto pela portaria de sua habilitação. Na prática, a mamografia de rastreamento permaneceu financiada por orçamento federal, sem implicação dos demais entes federativos, a despeito de irregularidades na faixa etária e na periodicidade de realização.



Figura 12 – Linha do tempo das políticas públicas de rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero, de 2013 a 2016

Fonte: autora.

No ano de 2013 (Figura 12), há uma intensa revisão das regulamentações acerca da atenção às pessoas com câncer no SUS, com a publicação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (PNPCC) (132), a atualização do PNQM (133) e o lançamento da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito) (134, 135), de modo a acompanhar a qualidade dos

laboratórios que realizavam tal exame. Todas essas portarias apontavam para a importância de ações coordenadas na rede de saúde, de modo a garantir a atenção integral e os resultados de exames em tempo hábil para seguimento, diagnóstico e tratamento. No mesmo ano, através da portaria nº 1253 (136), o Ministério da Saúde buscou incentivar a realização do exame de rastreamento de câncer de mama, através do procedimento de mamografia bilateral, na faixa etária de 50 a 69 anos, atrelando o financiamento federal a mulheres dessa idade. Para mulheres de outras faixas etárias, seria recomendado o exame diagnóstico, quando houvesse sinais e sintomas suspeitos, através do procedimento de mamografia unilateral.

No início de 2014, foram instituídos os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) e para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) (137), os quais seriam responsáveis pela oferta de todos os procedimentos de rastreamento e de diagnóstico dessas doenças, além de representarem referências regionais para tais ações na rede de atenção. Ao longo da implementação desses eixos de assistência, o Ministério da Saúde também desenvolveu a atualização das respectivas diretrizes de rastreamento para os cânceres de mama e colo do útero, as quais foram colocadas em consulta pública e publicadas no ano de 2016 (21).

Apesar de alguns avanços no que tange à estruturação de uma rede de atenção mais complexa, que abarcasse as diversas etapas necessárias para a efetividade das ações de rastreamento, é comum que a consolidação das políticas públicas nos territórios ainda ocorra através de campanhas ou mutirões de exames de rastreamento, sem a devida pactuação do seguimento para confirmação diagnóstica e tratamento. Isso ocorre, especialmente, em meses comemorativos, tais como o “Março da mulher” e “Outubro Rosa”, e na interface entre entidades privadas com ou sem fins lucrativos com o SUS, as quais disponibilizam unidades móveis de mamografia para realização de exames junto à população, mesmo em localidades sem dificuldade de acesso. O estado de São Paulo, por exemplo, instituiu o Programa Mulheres de Peito (138, 139), o qual disponibiliza quatro carretas providas de mamógrafo que atravessam o território realizando esse exame em mulheres de 50 a 69 anos, no mês de seu aniversário, sem necessidade de pedido médico.

Outro dado a ser considerado é a aquisição de mamógrafos por recursos de emenda parlamentar, a qual se mantém constante, a despeito de publicação de auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU), em 2009 e 2012, que verificou a

disponibilidade de número adequado de mamógrafos para atender à população brasileira em todas as regiões, exceto a região Norte. No relatório, o TCU (140) concluiu que a baixa cobertura do exame de mamografia não estava relacionada à falta de equipamentos, mas a fatores como manutenção insuficiente dos mamógrafos, falta de pessoal para realização dos exames e para emissão dos laudos médicos e disponibilização de equipamentos inadequados à estrutura do estabelecimento ou às reais necessidades da localidade beneficiada. Dessa forma, não se justificariam os investimentos recorrentes na compra de equipamentos, sendo necessárias, sim, adequações no planejamento, na regulação, na manutenção e na viabilização da oferta dos exames.

6.2 COMPARAÇÃO ENTRE A PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO SUS E AS DIRETRIZES NACIONAIS E INTERNACIONAIS SOBRE O TEMA

6.2.1 Exame de mamografia de rastreamento

Quando nos debruçamos sobre os dados do exame de mamografia de rastreamento (Figura 13), verificamos que, de um total de 13,6 milhões de mamografias realizadas no período de janeiro de 2010 a julho de 2015, 5,6 milhões dessas ocorreram em mulheres com 49 anos ou menos. Desses exames de rastreamento realizados fora da faixa etária, há importante concentração na faixa etária entre 40 e 49 anos (cerca de 4,9 milhões de mamografias). Tal dado nos indica uma discordância com as diretrizes governamentais, nacionais e internacionais, acerca do rastreio para câncer de mama, destinando quase metade dos exames para o grupo etário indicado pelas recomendações de sociedades profissionais.

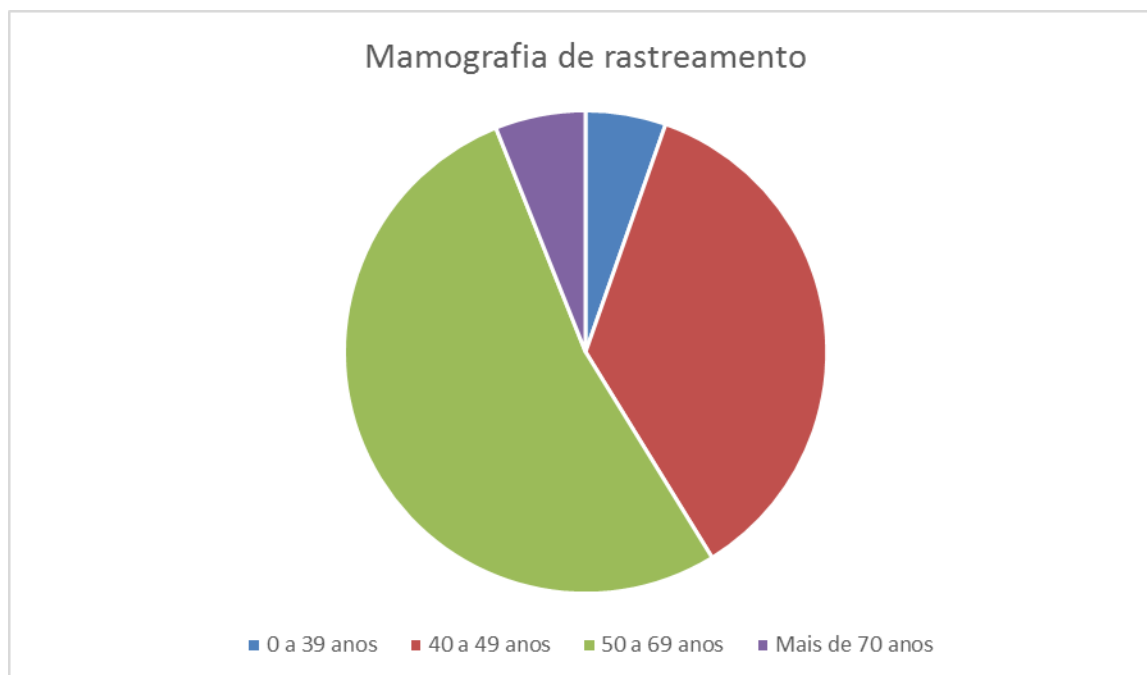


Figura 13 - Produção de exames de rastreamento de câncer de mama no Brasil entre janeiro de 2010 e julho de 2015, por faixa etária

Fonte: SISMAMA

Na Figura 14, isolamos a produção de exames de mamografia de rastreamento no ano de 2012, de modo a comparar com a estimativa populacional para aquele ano. Calculamos a necessidade de exames, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, dividindo a população total de mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos por dois (periodicidade de um exame a cada dois anos). Podemos observar que nenhuma região realiza o quantitativo necessário de exames de rastreamento, com coberturas que variavam entre 23% (região Norte) e 51% (região Sudeste) da necessidade populacional, mas dispersa entre faixas etárias. A maior parte das regiões realizou metade dos exames de rastreamento no grupo referente à faixa etária preconizada pelas diretrizes do Ministério da Saúde e a outra metade no grupo fora dessa faixa de recomendação.

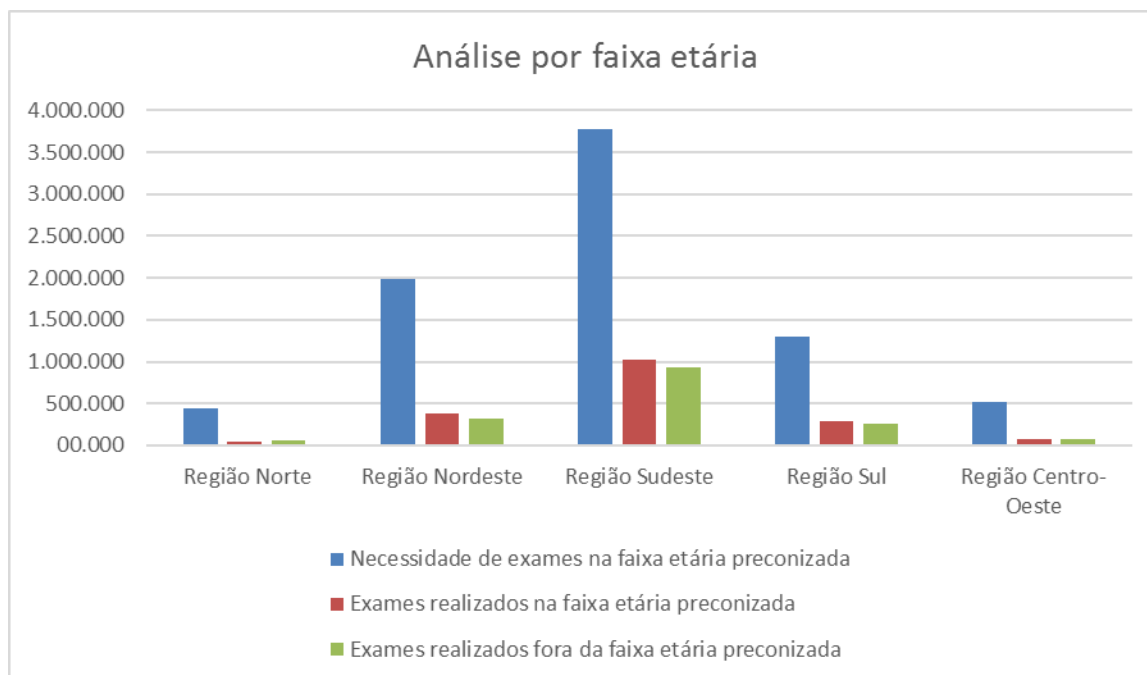


Figura 14 - Produção de exames de rastreamento de câncer de mama, no Brasil, entre janeiro e dezembro de 2012, por necessidade de acordo com a faixa etária da população

Fonte: SISMAMA

Dessa forma, a cobertura real de exames de rastreamento na faixa etária preconizada tem variado entre 10% (região Norte) e 27% (região Sudeste). É importante ressaltar que estamos considerando apenas os dados de exames de mamografia com indicação de rastreamento, não aqueles com finalidade diagnóstica. Por fim, quando passamos a analisar a realização de exames de mamografia por periodicidade, observamos que cerca de 50% dos procedimentos não foi adequadamente registrado nos sistemas de informação com os dados sobre quando a mulher realizou o último exame. Nesse sentido, é possível fazer uma análise apenas dos exames adequadamente registrados, os quais nos demonstram, em todas as regiões, um maior índice de realização de mamografia de rastreamento em periodicidade menor à indicada (Figura 15).

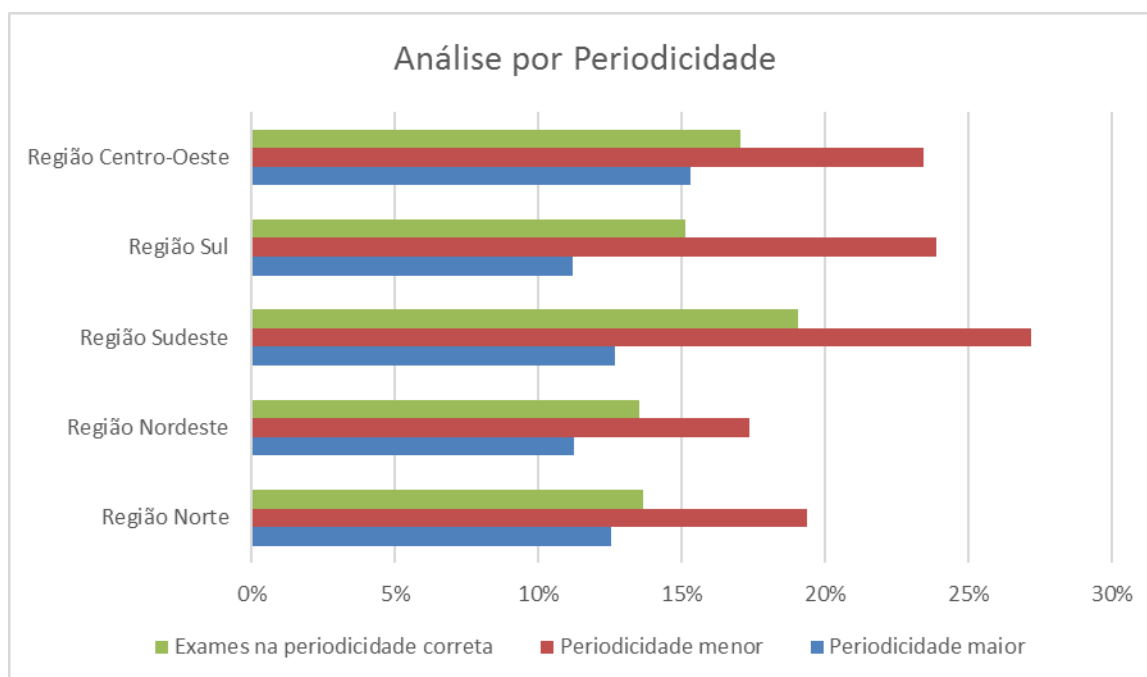


Figura 15 - Produção de exames de rastreamento de câncer de mama, no Brasil, entre janeiro de 2010 e julho de 2015, por periodicidade

Fonte: SISMAMA

A periodicidade menor nos indica que, a cada ano, um mesmo grupo de mulheres se submete ao exame de rastreamento de câncer de mama, o que diminuiria ainda mais a real cobertura populacional do exame. Podemos inferir que, em todas as regiões, o exame está sendo prioritariamente acessado por mulheres que já tem facilidade em demandar os serviços de saúde e, assim, uma parcela significativa da população na faixa etária preconizada para o exame sequer está acessando a mamografia de rastreamento. A região Norte, além de baixa cobertura geral, apresenta importante percentual de exames em periodicidade menor. As regiões Sul e Sudeste também merecem atenção relacionada ao crescente percentual de exames em periodicidade menor em relação à recomendação do Ministério da Saúde.

Por fim, segundo os dados do TABNET/DATASUS, a realização ambulatorial do procedimento de mamografia bilateral para rastreamento, entre janeiro de 2010 e julho de 2015, custou R\$ 957.596.174,40 aos cofres públicos, sendo mais da metade desse valor investida na região Sudeste. Todas as regiões apresentam baixa cobertura e a realização inadequada de exames de rastreamento de câncer de mama, todavia algumas regiões, como a Sul, a Sudeste e a Centro-Oeste

apresentam piores taxas de mortalidade por câncer de mama. A incidência maior da doença em regiões socioeconomicamente mais desenvolvidas não deveria, necessariamente, significar maiores taxas de mortalidade.

A realização de rastreamento não parece efetiva para reduzir as taxas de mortalidade pela doença, e tal fato pode ocorrer devido a não ter sido atingida cobertura populacional adequada, bem como a outras dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Nesse sentido, podemos refletir sobre o fato de que é um mesmo equipamento de mamografia que realiza os exames de rastreamento e os exames com finalidade diagnóstica, e uma realização inadequada de rastreamento pode inserir na fila para exames e consultas mulheres que não teriam necessidade de estarem lá e restringir acesso de quem já apresenta sintomas, contribuindo para o aumento da mortalidade.

6.2.2 Exame citopatológico de colo do útero

Para o exame citopatológico de rastreamento de colo do útero, primeiramente observamos, na Figura 16, que a maior parcela dos exames de rastreamento foi realizada na faixa etária preconizada, considerando as diretrizes do Ministério da Saúde, embora 7,5 milhões de exames estejam concentrados em mulheres abaixo dos 25 anos. O foco nas mulheres jovens merece atenção, especialmente porque quase 3 milhões de exames são em jovens abaixo de 20 anos, o que contradiz qualquer recomendação nacional e internacional encontrada.

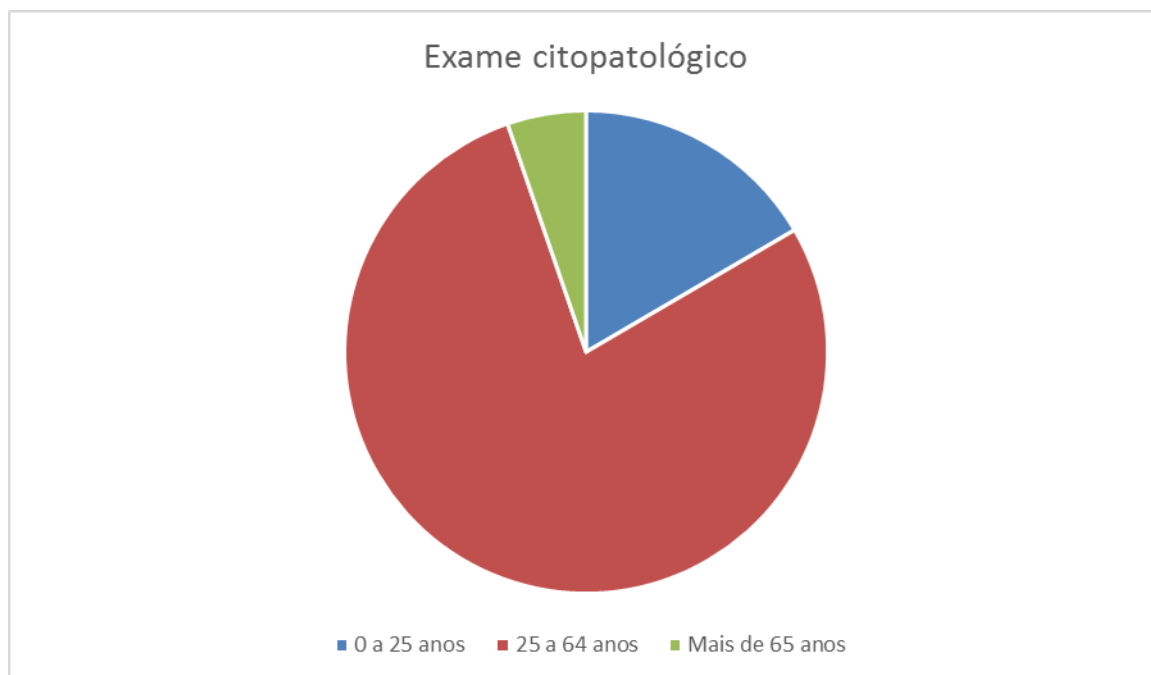


Figura 16 - Produção de exames de rastreamento de câncer de colo do útero no Brasil entre janeiro de 2010 e julho de 2015, por faixa etária

Fonte: SISCOLO

Na Figura 17, isolamos a produção de exames citopatológicos de rastreamento no ano de 2012, de modo a comparar com a estimativa populacional para aquele ano. Calculamos a necessidade de exames de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, dividindo a população total de mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos por três (periodicidade de um exame a cada três anos). Podemos observar que nenhuma região realiza o quantitativo necessário de exames de rastreamento, com coberturas que variavam entre 46% (região Norte) e 64% (região Sul) da necessidade populacional, mas dispersas entre faixas etárias. Todas as regiões tiveram cerca de 22% dos exames realizados fora da faixa etária preconizada, o que tornou a cobertura real de rastreamento na faixa etária entre 36% e 50% da demanda populacional.

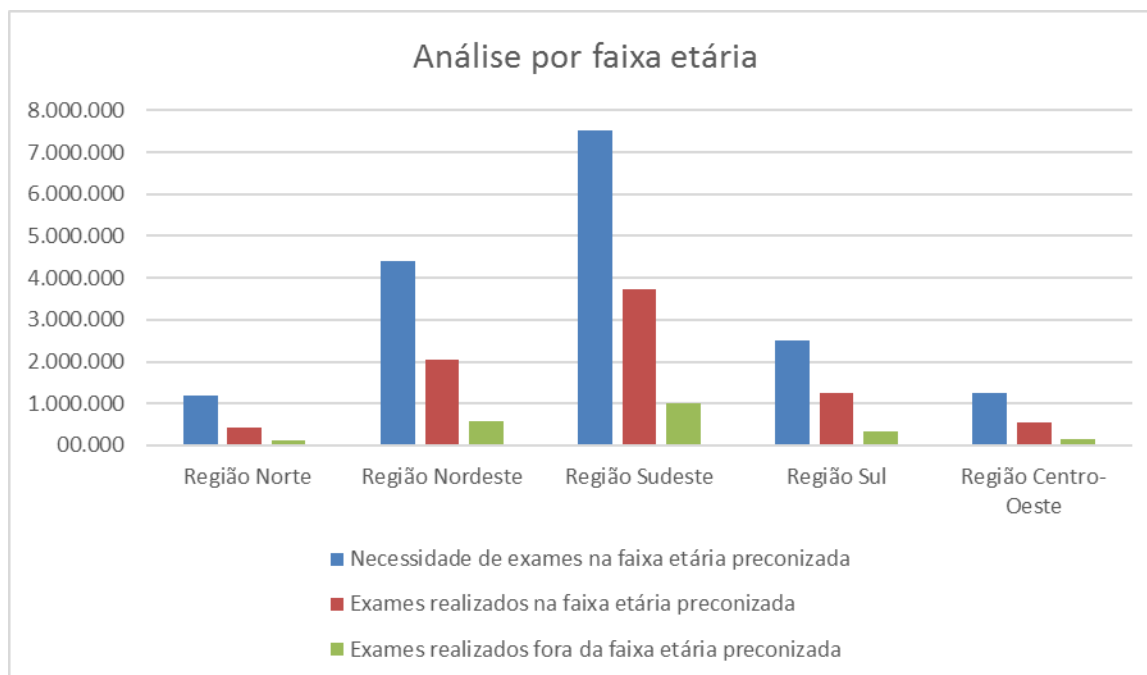


Figura 17 - Produção de exames de rastreamento de câncer de colo do útero, no Brasil, entre janeiro e dezembro de 2012, por necessidade de acordo com a faixa etária da população

Fonte: SISCOLO

É possível verificar três dados alarmantes: a) entre janeiro de 2010 e julho de 2015, foram realizados mais de 7,5 milhões de exames citopatológicos entre mulheres de 11 anos a 24 anos, sendo quase 2 milhões desses realizada no mesmo ano ou em um intervalo de um ano; b) no mesmo período, entre as mulheres na faixa etária recomendada (25 a 64 anos), mais de 19 milhões de exames foram realizados em periodicidade inferior a três anos, sendo quase 13 milhões de exames repetidos no mesmo ano ou em um intervalo de um ano; c) no mesmo período, nas mulheres acima de 64 anos, mais de 4,5 milhões de exames foram realizados. A periodicidade do exame citopatológico de rastreamento, conforme podemos observar na Figura 18, é o fator que mais compromete a real cobertura populacional:

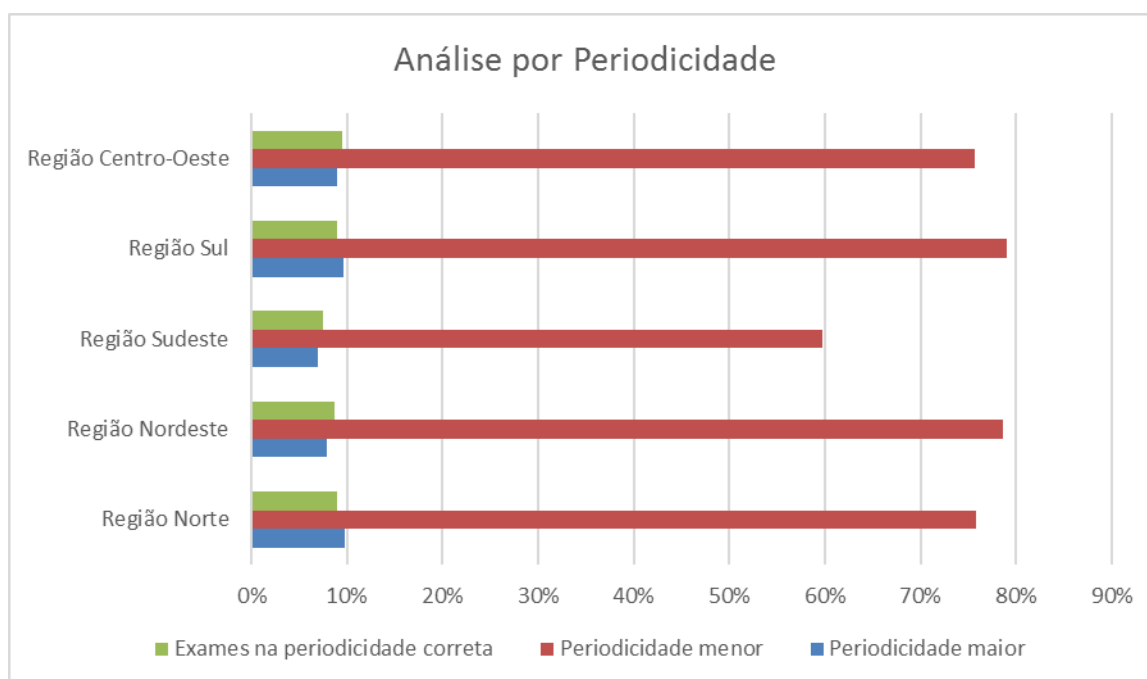


Figura 18 - Produção de exames de rastreamento de câncer de colo do útero, no Brasil, entre janeiro de 2010 e julho de 2015, por periodicidade

Fonte: SISCOLO

Na realização de exames citopatológicos por periodicidade, observamos que 14% dos procedimentos não foram adequadamente registrados nos sistemas de informação com os dados sobre quando a mulher realizou o último exame. Nesse sentido, é possível fazer uma análise dos exames adequadamente registrados, os quais nos demonstram, em todas as regiões, índices de 58 a 78% de realização de rastreamento em periodicidade menor à indicada. Na maior parte das regiões, a realização de exames na periodicidade indicada é bastante baixa e similar à realização em periodicidade maior. Novamente, o que podemos inferir é que o acesso ao rastreamento está sendo garantido ao mesmo grupo de mulheres, as quais estão sendo submetidas ao exame em periodicidade inadequada e, assim, boa parte da população de mulheres na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde, não está acessando o rastreamento para câncer de colo do útero.

Por fim, a realização ambulatorial dos procedimentos de exame citopatológico, entre janeiro de 2010 e julho de 2015, custou R\$ 399.047.558,61 aos cofres públicos, sendo mais a maior parcela desse valor (cerca de 43%) investida na região Sudeste e a menor (cerca de 5%) na região Norte, conforme dados do

TABNET/DATASUS. Embora o rastreamento seja realizado em periodicidade inadequada em todas as regiões, as taxas de mortalidade, como vimos, se distribuem de forma desigual. A região Norte, marcadamente, apresenta as maiores taxas de mortalidade para câncer de colo do útero, possivelmente porque não consegue garantir nem a cobertura adequada do exame de rastreamento, nem o tratamento das lesões precursoras, quando identificadas. Fora das capitais, inclusive nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, este fenômeno se repete, o que ressalta a importância de estruturar uma linha de cuidado que abarque não só a realização do exame, mas todas as etapas do rastreio, inclusive o tratamento de lesões, a confirmação diagnóstica e o devido encaminhamento para acompanhamento clínico da doença.

6.3 ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS PÁGINAS NA INTERNET DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS RELACIONADOS AOS EXAMES DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E DE COLO DO ÚTERO

*A senhorita Gee ajoelhou-se no altar lateral,
Implorou de joelhos;
“Não me deixai cair em tentação
Mas fazei de mim uma boa moça, por favor”*

*[...] Ela foi de bicicleta ao médico
E tocou a campainha do consultório;
“Ah, doutor, tenho uma dor dentro de mim,
E não me sinto muito bem”*

*O doutor Thomas a examinou
E depois examinou mais um pouco;
Caminhou até a bacia para lavar as mãos,
Disse: “Por que não veio antes?”*

(141, p. 46)

6.3.1 Análise de conteúdo a partir do descritor “mamografia”

A seguir, serão apresentadas as categorias identificadas na análise de conteúdo, a saber: 1) O câncer de mama é a principal causa de mortes das mulheres; 2) Ampliação do acesso das mulheres aos exames de prevenção e de diagnóstico do câncer de mama; 3) Contradições entre a lei e a portaria sobre mamografia; 4) A mamografia do futuro?; e 5) Previna doenças nos seios, só depende de você!.

Categoria 1 – O câncer de mama é a principal causa de mortes das mulheres

Nessa primeira categoria, os principais temas dizem respeito à incidência e à mortalidade por câncer de mama, os quais aparecem com muita frequência ao longo do *corpus*. É uma categoria onde muitos dados são informados aos profissionais e à população, de modo chamar atenção à gravidade da doença, fortalecendo a ideia geral de que a doença não para de crescer no país, tanto em casos, quanto em mortes.

Para o tema da incidência da doença no Brasil e no Mundo, o qual é apresentado ressaltando o número de casos novos, os Conselhos recorrem a dados de órgãos conhecidos pela população, como pode ser observado nos seguintes enunciados, as quais se repetem em mais de um texto:

“O INCA calcula que câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano”

“[...] a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem ressaltado a necessidade de prevenção às neoplasias, doença que deve atingir 24 milhões de pessoas até 2035”

Em alguns enunciados, podemos observar que é feito um arco entre os dados sobre incidência, mortalidade e faixa etária, o que influenciará sobremaneira as indicações de mamografia dos órgãos:

“A incidência global do câncer de mama aumenta progressivamente. De 641.000 casos, em 1980, passou para 1.643.000, em 2010, sendo responsável por 27% dos novos casos de câncer diagnosticados em mulheres. Desse total, cerca de dois terços ocorreram em mulheres acima de 50 anos, principalmente nos países desenvolvidos. Já nas mulheres abaixo dos 50 anos (entre 15 e 49 anos), a incidência de câncer de mama foi duas vezes maior nos países em desenvolvimento, conforme dados da Comissão Nacional de Mamografia”

“Esclarece, ainda, que apesar de a incidência ser menor nas mulheres com menos de 49 anos, os tumores têm crescimento rápido”

“Em 2010, no Brasil, morreram 12.705 mulheres e 147 homens em decorrência do câncer de mama. Em 2011, foram 13.225 mortes pela doença”

“[...] pesquisas internacionais concluíram que quase 20% das mortes por câncer de mama e 34% dos anos de expectativa de vida perdidos por câncer de mama ocorreram em mulheres abaixo de 50 anos”

“Além disso, a taxa de mortalidade do câncer de mama, entre 1979 a 1999, aumentou 69%. Subiu de 5,77 por 100 mil mulheres, para 9,75 por 100 mil mulheres”

É importante perceber que, nos enunciados, além do uso de números e percentagens, não raro se recorre a adjetivos e a advérbios que dão ênfase à gravidade da doença, conforme grifo da autora. Há, também, uma grande ênfase na urgência da doença e na necessidade imperativa de diagnóstico precoce:

*“O quadro do câncer de mama hoje no Brasil é **alarmante**: 350 mil casos novos são diagnosticados a cada ano e 70% deles só são diagnosticados no estágio avançado da doença, o que leva a paciente **invariavelmente** à quimioterapia”* (grifo da autora)

“O câncer de mama pode ter chances de cura de até 95%, quando descoberto cedo. É um índice muito positivo, mas que não se mostra concreto na prática [...] Líderes políticos e gestores públicos, com raras exceções, desconhecem a gravidade e o tamanho do problema de saúde pública que é o câncer de mama”

Categoria 2 – Ampliação do acesso das mulheres aos exames de prevenção e de diagnóstico do câncer de mama

Esta categoria apresenta os temas da faixa etária e da periodicidade recomendadas para realização de mamografia de rastreamento (um dos pontos onde o *corpus* conteve o maior número de informações contraditórias), a defesa da melhoria das políticas públicas e o acesso ao exame de mamografia. Além disso, há um grande debate acerca das iniquidades regionais de acesso à saúde. Nota-se que, embora a faixa etária para mamografia de rastreamento diga respeito apenas à convocação de mulheres sem sintomas, queixas ou fatores de risco para doença, por vezes, no *corpus*, o acesso ao procedimento de rastreamento se confunde com o acesso ao procedimento para diagnóstico ou acompanhamento da doença.

São alguns exemplos de enunciados sobre este tema, onde podemos verificar que os Conselhos apontam, em geral, para a mamografia de rastreamento a partir

dos 40 anos e com periodicidade anual, enquanto o Ministério da Saúde – muitas vezes referenciado na figura do INCA - traz a recomendação de mamografia de rastreamento entre 50 e 69 anos, com periodicidade a cada dois anos. Há, também, contradições nas falas atribuídas aos órgãos governamentais:

“O Instituto de Câncer (Inca) recomenda que o exame seja feito a cada dois anos por mulheres entre 50 e 69 anos, ou segundo recomendação médica”

“Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado do ECM”

“O QUE RECOMENDAM AS ENTIDADES MÉDICAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: Mulheres abaixo de 40 anos: Com exceção das mulheres com alto risco, não se recomenda a mamografia, a ultrassonografia ou a ressonância magnética. Mulheres entre 40 e 69 anos: Recomenda-se a realização anual da mamografia para todas as mulheres. A ultrassonografia e a ressonância magnética só são recomendadas para as mulheres com alto risco. Mulheres acima de 70 anos: Recomenda-se a mamografia”

“A recomendação é que o exame comece a ser feito preferencialmente a partir dos 35 anos. Após os 40 anos, o exame deve ser feito a cada um ou dois anos, de acordo com a orientação do médico. A partir dos 50 anos, o ideal é que se faça uma mamografia a cada ano.”

“Esse exame deve ser realizado de três em três anos se você tem entre 20 e 39 anos, e uma vez por ano depois dos 40.”

De modo a justificar as opiniões contrastantes ao Ministério da Saúde, os Conselhos recorrem, nessa categoria, a opiniões de especialistas e pequenos estudos que sustentem a faixa etária recomendada pelo órgão:

“Alice alerta que a prevenção deve ser feita, e que o câncer de mama, na maioria dos casos, atinge mulheres acima de 50 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade, sendo, no entanto, casos raros”

“há estudos regionais que comprovam grande incidência desse tipo de câncer em mulheres de 40 a 49”

“A Comissão também cita estudo brasileiro mostrando que 42% dos casos de câncer de mama registrados em Goiânia (GO) ocorreram em pacientes abaixo dos 49 anos”

Alguns dos enunciados dizem respeito à melhora necessária às estratégias de prevenção, detecção precoce e diagnóstico das doenças. Há uma problematização do acesso à saúde em diversos níveis de atenção da rede:

“melhorar as condições de diagnóstico e tratamento dos cânceres que acometem as mulheres, [...] incidindo em políticas públicas que permitam mudar o cenário da doença”

“é preciso avançar em políticas de prevenção, e não restringir o acesso das pessoas aos exames de mamografia”

“Muitas mulheres conseguem detectar o câncer precocemente. Mas, não raramente, com o diagnóstico em mãos, precisam esperar um tempo muito superior ao indicado para a cirurgia e o início do tratamento na rede pública. O problema começa, muitas vezes, com a dificuldade de acesso ao posto de saúde”

Por outro lado, são muito frequentes enunciados que incluem um destaque à mamografia como exame-chave nesse processo e relacionada às chances de cura, não raro restringindo todo o entendimento de “prevenção” ao exame:

“A mamografia é o único método de rastreamento que demonstrou ser capaz de promover uma redução absoluta da mortalidade nos casos de câncer de mama (em torno de 50%)”

“A mamografia é o principal exame para detectá-lo [o câncer de mama] precocemente”

Ainda no tema do acesso à mamografia, diversos enunciados apresentam dados sobre o exame no Brasil, de modo a situar o cenário do SUS de disponibilidade e produtividade dos mamógrafos. No campo da produtividade, auditorias realizadas pelos órgãos de controle parecem demonstrar tanto a dificuldade dos serviços em cumprirem com a capacidade de realização de exames dos mamógrafos existentes, quanto a realização de mamografias fora da faixa etária preconizada, o que prejudicaria a meta de cobertura dessa população de mulheres. Também é colocada em questão a qualidade dos exames realizados, essencial para evitar a exposição de mulheres a riscos desnecessários e garantir a detecção precoce.

Já a distribuição de mamógrafos pelo território brasileiro parece representar um espelho das iniquidades regionais, com grande concentração de equipamentos e profissionais no Sudeste – e dificuldades em termos de disponibilidade de aparelhos, profissionais capacitados e manutenção nas regiões Norte e Nordeste:

“No primeiro semestre de 2012, nenhum Estado brasileiro atingiu a meta de realizar a mamografia em 65% da população feminina na faixa etária entre 50 e 69 anos.”

“A maioria dos mamógrafos em funcionamento em serviços públicos no Brasil teve baixa produtividade entre maio de 2008 e abril de 2009, aponta a Auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU).”

“Acesso a mamografia: mais de 50% dos pequenos municípios brasileiros não dispõem de mamógrafo”

“A vistoria apontou que o número de mamógrafos existentes no SUS é quase duas vezes maior que o necessário para cobrir toda a população brasileira, conforme parâmetro do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de um aparelho para cada 240 mil habitantes. No entanto, a distribuição geográfica – cerca de 44% dos estão no Sudeste – e o baixo nível de produtividade são entraves à plena oferta do exame.”

“[Estudos] revelam que a realização do exame – para detectar câncer de mama – foi mais frequente entre mulheres brancas (66,2%) do que pretas (54,2%) e pardas (52,9%) e mais frequente entre aquelas com grau superior completo (80,9%), do que entre mulheres sem instrução ou com ensino fundamental completo (50,9%). O Norte foi a região com menor percentual de mulheres que fizeram o exame (38,7%), seguido pelo Nordeste (47,9%), Centro-Oeste (55,6%), Sul (64,5%) e Sudeste (67,9%).”

“Queremos chamar a atenção para a profunda desigualdade que ainda existe no acesso da qualidade ao diagnóstico e tratamento de câncer no nosso país.”

Nessa categoria, também é apresentada a solução da mamografia móvel como forma de garantir acesso ao exame em território descobertos, todavia sem um debate aprofundado sobre como garantir a continuidade do diagnóstico e tratamento, em caso de alterações:

“O ministro Alexandre Padilha diz que uma das soluções em curso no ministério é descentralizar o atendimento, já que boa parte dos aparelhos para atendimento está em cidades maiores”

“A ideia é investir em centros onde não há mamógrafos e chegar às pequenas e médias cidades do país com “mamógrafos móveis” [...], que percorrerão regiões onde o teste é escasso por falta de equipamento”

Nota-se a presença, ainda que tímida, de informações sobre pontos positivos do acesso ao exame de mamografia no SUS. As publicações dos Conselhos, majoritariamente, trazem foco a críticas e dados negativos do sistema público, mas há destaques que informam o progresso das políticas públicas no âmbito do câncer de mama ao longo dos anos:

“A enquete apontou que 90% das mulheres avaliaram o atendimento recebido durante o exame como bom e muito bom. Para 75%, não houver qualquer dificuldade para a realização do exame – entre as outras 25%, o tempo de espera aparece como a principal queixa. Segundo o relato das usuárias, 87,3% conseguiram realizar o exame em até 3 meses, sendo que 50,5% em até 30 dias. Já o resultado foi obtido em até um mês por 84,2% das mulheres e entre um e três meses por outras 12,2%.”

“Mamografias realizadas no SUS crescem 41% na faixa prioritária”

Categoria 3 - Contradições entre a lei e a portaria sobre mamografia

Esta categoria diz respeito a um fato ocorrido durante o período de tempo em que as notícias do *corpus* foram publicadas. No ano de 2008, foi publicada a Lei nº 11.664, a qual, em seu texto, assegura a realização de mamografia (sem mencionar se o procedimento é diagnóstico ou de rastreamento) para todas as mulheres a partir dos 40 anos no SUS. Já em 2013, foi publicada a portaria do Ministério da Saúde nº 1.253, a qual, em seu texto, condiciona o pagamento do procedimento de mamografia bilateral para rastreamento, quando pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), à faixa etária de 50 a 69 anos. Nas demais faixas etárias, o pagamento seria através do Teto de Média e Alta Complexidade. Esse procedimento, de acordo com as considerações da portaria, seria o indicado para rastreio entre mulheres assintomáticas e com mamas sem alterações. Já o procedimento de mamografia unilateral, com financiamento pelo Teto de Média e Alta Complexidade, seria destinado ao exame de até duas mamas para investigação diagnóstica de alterações, marcação pré-cirúrgica de lesão mamária ou para acompanhamento após tratamento de câncer mamário.

Foi interpretada uma contradição entre a lei e a portaria, a qual é ressaltada inúmeras vezes ao longo do *corpus*.

Os primeiros enunciados datam de 2008, a respeito da Lei em questão:

“A Lei n.º 11.664/2008 publicada na edição de hoje (30) do Diário Oficial da União (DOU) assegura às mulheres o tratamento de câncer de mama e de colo de útero no Sistema Único de Saúde (SUS). A norma, que começa a vigorar em um ano, prevê também a realização de exame citopatológico do colo uterino e mamografia em mulheres a partir dos 40 anos de idade, em toda a rede pública de saúde.”

“A lei explicita que o exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos deve ser assegurado”

Após, quando a portaria é publicada, o CFM passa a publicar notas de repúdio, induzindo o entendimento de que a portaria impediria o acesso de qualquer mulher fora da faixa etária de financiamento FAEC ao procedimento de mamografia:

“Para o CFM, a Portaria do Ministério da Saúde conflita com as determinações da lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008”

“O Ministério da Saúde agrediu a lei e expôs as mulheres mais jovens a situação de risco, limitando o acesso à mamografia bilateral”

“a portaria 1.243/13 nega às mulheres com até 49 anos a prevenção e o tratamento precoce do câncer de mama”

*“O principal alvo da crítica dos médicos é a edição da Portaria 1.253/2013, pela qual o Governo excluiu o direito de mulheres de até 49 anos de realizarem **mamografia diagnóstica** no Sistema Único de Saúde (SUS)”*

A partir dessa aparente contradição, em boa parte impulsionada por uma compreensão de que a portaria restringiria acesso ao exame para quaisquer mulheres fora da faixa etária, há um movimento, principalmente por parte do CFM, de acionar movimentações no judiciário e no Congresso Nacional, de modo a revogar a portaria:

“A decisão de ingressar na Justiça contra a portaria do Ministério da Saúde nº 1.253, de 12 de novembro de 2013, partiu da convicção técnica e científica de que a restrição do acesso das mulheres abaixo de 50 anos à mamografia bilateral prejudica seu direito legal à integralidade das ações de saúde que asseguram a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso está previsto na Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008.”

“Segundo as parlamentares, a Portaria 1.253/13 restringe o exame gratuito apenas para mulheres de 50 a 69 anos, o que contraria a Lei”

Além disso, os Conselhos passaram a interpretar os dois procedimentos descritos na portaria (mamografia bilateral e mamografia unilateral) como procedimentos onde um deles permitiria exame nas duas mamas e o outro restringiria o exame a uma mama, obrigando os profissionais de saúde a escolher qual mama examinar. E esse equívoco passa a ser multiplicado em vários textos do *corpus*, promovendo o seguinte entendimento:

“A mamografia é um exame que exige a comparação das duas mamas. Com a publicação da Portaria, pode-se interpretar que é possível realizar a mamografia unilateral. Mas não há como selecionar um dos lados a examinar sendo que a lesão procurada muitas vezes não é palpável. Tampouco se pode admitir a espera de que o tumor cresça para se examinar a mama com maior chance de câncer. Além disso, a chamada mamografia unilateral reduziria pela metade o número de casos diagnosticados. Se este impropério continuar, será inevitável o aumento de mortes e de retirada de seios (mastectomias) que poderiam ser evitadas”

“[A portaria] estabelece que os municípios realizem um procedimento condenável: a meia mamografia, denominada mamografia unilateral. Caso os municípios queiram, terão a opção de arcar sozinhos com o custeio de mamografias para mulheres com até 49 anos - podendo remunerar somente a mamografia unilateral, método que não é eficiente na prevenção do câncer de mama”

Nesse tópico, o CFM passa a recomendar que os profissionais não obedecem ao registro de procedimentos proposto na Portaria:

“os médicos são orientados a buscarem a prevenção integral e evitem a mamografia unilateral”

“[...] elas [entidades médicas] recomendam aos médicos não aceitando a imposição da chamada mamografia unilateral”

Podemos observar como, através da interpretação oferecida pelo órgão, os profissionais são estimulados a não obedecer ao que estava disposto em Portaria, o que, em boa parte, parece contribuir para a realização de mamografias bilaterais de rastreamento em mulheres fora da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e para os dados de cobertura e acesso ao exame que apresentamos no início do trabalho.

É importante ressaltar, aqui, que o Ministério da Saúde emitiu notas técnicas explicitando que o procedimento de mamografia bilateral, para rastreamento, teve sua modalidade de pagamento alterada para privilegiar a realização nas mulheres de 50 a 69 anos, cuja cobertura se encontrava insuficiente. Da mesma forma, explica que o exame de mamografia unilateral, com finalidade diagnóstica e de acompanhamento, permite a realização em qualquer faixa etária, sendo possível realizar até duas mamografias unilaterais por pessoa, ou seja, nas mulheres que possuem duas mamas, será possível examiná-las e, nas mulheres que, por ocasião de uma mastectomia, possuísem uma mama apenas, o exame poderia ser realizado unitariamente.

Categoria 4 – A mamografia do futuro?

Essa categoria foi destacada devido à presença de diversas publicações relacionadas à divulgação de novas tecnologias ou tecnologias alternativas para a detecção precoce do câncer de mama. Exames como a ultrassonografia, a ecografia e a ressonância magnética são apresentados junto com novos formatos de mamografia e até exames sanguíneos, sempre de forma a exaltar a novidade tecnológica. A ocorrência expressiva de textos com esse conteúdo aponta para o papel-chave dos Conselhos na divulgação de novas tecnologias para incorporação nos sistemas de saúde:

“Além disso, o serviço de saúde pública deveria disponibilizar mais exames diagnósticos de ultrassonografia mamária e mamografia às mulheres mais jovens. Por ser mais custo para o governo, acaba por não ser ênfase nas campanhas”

“Um simples exame de sangue poderá detectar o câncer de mama mais precocemente do que os métodos de diagnóstico atuais em mulheres com histórico familiar desse tipo de tumor”

“Não existe uma prevenção específica, na verdade existe um diagnóstico precoce que é feito por meio da mamografia, da ecografia e, em alguns casos, por meio da ressonância mamária”

“a chegada de avanço da mamografia digital”

“a mamografia tomográfica — ou tomossíntese — é capaz de aumentar ainda mais a detecção precoce do câncer de mama, em relação à mamografia digital”

Categoria 5 – Previna doenças nos seios, só depende de você!

Esta categoria diz respeito aos movimentos de conscientização das mulheres acerca da chamada “prevenção do câncer de mama”. Ela reúne temas como a divulgação de ações durante o mês do Outubro Rosa, frases de estímulo e valorização ao cuidado mulheres, as quais, por vezes, também apresentam conteúdo de culpabilização, e demais recomendações sobre a prevenção da doença.

Em relação ao Outubro Rosa, o movimento é apresentado, em geral, como um evento de conscientização e de celebração da vida, embora haja críticas, conforme observado no último excerto:

“É uma festa pela vida, uma comemoração pela vitória de tantas mulheres e famílias”

“Caminhada das Vitoriosas”

“Como forma de protesto, o CONTER, neste ano, não vai aderir ao Outubro Rosa. Desejamos sorte às instituições envolvidas na campanha, mas pedimos licença, pois não nos sentimos contemplados por esses discursos demagógicos e oportunistas que, em nada, contribuem com o debate”

A importância das mulheres “se cuidarem” e conhecerem sobre a prevenção da doença também surgem em diversos momentos, além da oferta de recomendações sobre a melhor forma de realizar esse cuidado. Observa-se que, ao veicularem essas mensagens, os Conselhos adotam uma forma de falar direcionada para as mulheres:

“As mulheres ainda não estão conscientes da importância de cuidar da saúde, de fazer a mamografia anualmente a partir dos 40 anos”

“Previna doenças nos seios, só depende de você!”

“Você precisa saber sobre câncer de mama”

“Passe longe do câncer de mama com hábitos saudáveis. Exame de toque e mamografia não são as únicas maneiras de se proteger [...] existem hábitos que ajudam a evitar o desenvolvimento dessa doença”

“Portanto, faça o autoexame regularmente e, se você tem mais de 50 anos, faça o exame de mamografia periodicamente”

6.3.1.1 Singularidades e silêncios do conteúdo sobre rastreamento de câncer de mama

O número de postagens figurando o tema da mamografia como central foi bastante expressivo. Sobre esse tema, também encontramos a maior repetição de conteúdo entre os Conselhos, indicando posicionamentos similares em diversas ocasiões. É interessante observar que apenas o CONTER apresentou publicações especificamente destinadas a recomendações para mulheres e debate sobre riscos dos procedimentos. O CFM apresentou uma postagem a respeito das ocorrências de atos profissionais danosos às pacientes que poderiam ser caracterizados como negligência, imprudência ou imperícia e levarem à processos judiciais contra os profissionais, chamando a atenção dos médicos a respeito do exame de mamografia poder incorrer de falhas no diagnóstico (diagnóstico falso-negativo), diagnósticos falso-positivos ou falhas na comunicação com a paciente. Chama a atenção o fato da postagem abordar o tema a partir da via da proteção judicial dos profissionais.

Quando o CONTER debate os possíveis riscos da mamografia, no entanto, o faz a partir de uma preocupação global com a prática dos técnicos e tecnólogos em radiologia e o bem-estar das pacientes. Dentre os temas abordados, em diferentes publicações, há a qualidade da imagem do exame, que, se estiver comprometida, pode exigir uma convocação da mulher para novos procedimentos, o que pode ser fonte de estresse e ansiedade. O CONTER também debate benefício *versus* danos do procedimento de mamografia, indicando estudos que apontam suficiente evidência de que os exames de mamografia são efetivos na redução das mortes relacionadas ao câncer em mulheres entre 50 e 69 anos, superando efeitos adversos e sobrediagnóstico.

O Conselho também estimula um debate acerca da proteção radiológica da mulher, na qual reconhece estudos dedicados a investigar a ocorrência de disfunções na tireóide por exposição à radiação no exame de mamografia. Nesse âmbito, o CONTER promoveu uma discussão ampliada junto aos profissionais, incluindo considerações e divergências sobre o tema. Aponta, como conclusão, para uma recomendação de uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) em todas as ocasiões, apesar de reconhecer que muitos profissionais que são orientados a não oferecer os EPIs para reduzir os custos do exame.

No *corpus*, não há menções detalhadas sobre a linha de cuidado do câncer de mama ou o funcionamento da rede de saúde, sendo que o procedimento de mamografia é apresentado como um exame necessário, mas desarticulado das demais ações de confirmação diagnóstica e tratamento. Assim, embora o SUS seja abordado em diversos momentos, a lógica dos enunciados parece star em consonância com o funcionamento do sistema de saúde privado, onde a pessoa acessaria cada procedimento isoladamente, sem a necessidade de referenciamento a uma unidade de saúde.

6.3.2 Análise de conteúdo a partir dos descritores “exame citopatológico” e “papanicolau”

A seguir, serão apresentadas as categorias identificadas na análise de conteúdo, a saber: 1) O câncer do colo do útero é o terceiro tipo que mais mata mulheres no Brasil; 2) Ampliação da cobertura do exame preventivo de câncer de colo de útero; 3) Disputas profissionais em relação à realização e à emissão de laudos do exame citopatológico; 4) Vacinação para HPV; e 5) A mulher que se preocupa com a sua saúde.

Categoria 1 - O câncer do colo do útero é o terceiro tipo que mais mata mulheres no Brasil

Nessa primeira categoria, os principais temas dizem respeito à incidência, à mortalidade, às causas e aos sintomas do câncer de colo do útero. Diferentemente dos dados sobre câncer de mama, não há muita ênfase no *corpus* a respeito da doença, embora existam enunciados pontuais em relação aos dados epidemiológicos, com ênfase na mortalidade:

“O câncer do colo do útero é o terceiro tipo que mais mata mulheres no Brasil, atrás apenas do de mama e de brônquios e pulmões. O número de mortes no país aumentou 28,6% em 10 anos, passando de 4.091 óbitos, em 2002, para 5.264, em 2012, de acordo com o Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil, publicação do MS e do Instituto Nacional do Câncer (Inca)”

“Estima-se que 270 mil mulheres, no mundo, morrem devido ao câncer de colo do útero. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer estima o surgimento de 15 mil novos casos e cerca de 4,8 mil óbitos nesse ano”

“Já no Brasil, há diferentes dados de acordo com a região, mas, ao que tudo indica, o mais frequente é o câncer do colo do útero, seguido pelo do endométrio e ovário”

No *corpus* foram encontrados alguns enunciados acerca do HPV, apontado como principal causa da doença, além de uma pequena quantidade de informações sobre sinais e sintomas e fatores de risco para a doença:

“O HPV é um vírus transmitido pelo contato direto com pele ou mucosas infectadas por meio de relações sexuais. Por tratar-se de um vírus que se transmite com muita facilidade, considera-se que o HPV seja a infecção sexualmente transmitida mais comum no mundo, com quase todas as pessoas sexualmente ativas tendo contato com o vírus em algum momento da sua vida. Na grande maioria, o HPV cura-se espontaneamente, mas em algumas mulheres eles produzem lesões que podem desencadear o câncer de colo do útero. O HPV também pode ser transmitido da mãe para filho no momento do parto.”

“No entanto, vários fatores de risco associados, como tabagismo, uso de pílulas, higiene inadequada, mudança frequente de parceiros e outras infecções concomitantes, aumentam o risco do aparecimento e progressão das lesões pré-tumorais.”

“Em relação aos sintomas, o câncer de colo de útero geralmente provoca corrimento vaginal (às vezes sanguinolento), sangramento nas relações sexuais e dor pélvica em casos mais avançados. “As lesões iniciais e pré-tumorais, não causam sintomas e podem ser detectadas pelo exame ginecológico e pelo teste de Papanicolau”, alerta.”

Categoria 2 – Ampliação da cobertura do exame preventivo de câncer de colo de útero

A segunda categoria concentra recomendações acerca do rastreamento de câncer de colo do útero, relacionadas a diversos temas que abarcam a realização do exame citopatológico. No que tange à faixa etária e à periodicidade para o exame, os Conselhos apresentaram, em geral, os mesmos dados, em concordância com as recomendações do Ministério da Saúde, que foram revisadas durante o período (de 25 a 59 anos para 25 a 64 anos):

“O Ministério da Saúde recomenda que mulheres entre 25 e 59 anos tenham feito papanicolau pelo menos uma vez nos últimos três anos”

“O MS orienta que mulheres de 25 a 64 anos façam o exame preventivo, o Papanicolau, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos.”

Dois enunciados apresentaram recomendação de periodicidade contrastante, conforme exemplo abaixo, apontando para a realização anual do exame, e ambos representavam falas de profissionais médicos:

“É diferente do câncer de colo de útero, em que é preciso fazer o papanicolau todos os anos”

Os Conselhos abordaram também a cobertura do exame no país e o acesso por parte das mulheres, ressaltando as metas do Ministério da Saúde e as disparidades regionais e sociais de cobertura, com a regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentando menor percentual e maior cobertura entre mulheres com mais anos de escolaridade:

“Para alcançar esse resultado na redução de mortes de mulheres por câncer, por exemplo, a meta é ampliar a cobertura dos principais exames preventivos de câncer de colo de útero (papanicolau) [...] em pelo menos 95% das mulheres na idade recomendada”

“A maior incidência desse tipo de câncer - causado pelo HPV - e de mortalidade feminina pela doença se dá na região Norte, notadamente pela dificuldade de acesso da população aos meios de diagnóstico e tratamento precoces”

“Quase 80% das brasileiras entre 25 e 64 anos fizeram o exame nos três anos anteriores à pesquisa. Os maiores percentuais estão nas regiões Sul (83%), Sudeste (81,1%) e Centro-Oeste (80,9%), que apresentaram percentuais acima da média nacional. No Norte a taxa foi 75,5% e no Nordeste 75,1%.”

“As cidades com as maiores coberturas do exame foram identificadas em São Paulo (92,7%), Porto Alegre (90,6%) e Florianópolis (90,5%). As menores coberturas do exame estão nas cidades de Maceió (72,9%), Fortaleza, Distrito Federal e Belém (74,8%) e Natal (75%)”

“Quanto maior a escolaridade, maior é a procura por avaliações de saúde por parte da população”

“O estudo mostra que a cobertura aumentou para 89,8% nas pessoas com 12 anos ou mais de escolaridade”

Categoria 3 - Disputas profissionais em relação à realização e à emissão de laudos do exame citopatológico

Esta categoria representa um fenômeno bastante particular relativo à realização e à emissão de laudos do exame citopatológico, que diz das disputas entre categorias profissionais pela exclusividade de determinadas intervenções em saúde. Essas disputas, em geral, são levadas ao judiciário e amparadas por atos normativos dos conselhos profissionais que restringem o reconhecimento de outros profissionais na realização de determinadas condutas em saúde.

Destacam-se, aqui, as diversas manifestações do CFM de modo a garantir exclusividade dos médicos na emissão de laudos de exames citopatológicos e as restrições do COFEN relacionadas à coleta de exame citopatológico ser realizada apenas por enfermeiros e não pelos demais profissionais da enfermagem:

“Sentença da Justiça Federal proíbe biomédicos de assinarem laudos de exames citopatológicos”

“Em consequência, com base neste entendimento, os médicos brasileiros têm assegurado o direito de recusar laudos citopatológicos subscritos pelos biomédicos”

“[...] impede os médicos solicitantes de procedimentos diagnósticos de aceitarem laudos anatomopatológicos assinados por não médicos e, ainda, os proíbe de “adotar condutas terapêuticas baseadas em laudos citopatológicos positivos emitidos por outros profissionais, que não por médicos citopatologistas”

“A equipe de fiscais do Coren vistoriou 11 Equipes Saúde da Família (ESF), detectando várias irregularidades nas unidades visitadas que comprometem a qualidade do serviço de saúde, como o descumprimento da resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que estabelece que o enfermeiro faça a coleta de Papanicolau (PCCU)”

O COFEN, apesar de restringir a coleta de exame citopatológico aos enfermeiros, posiciona-se favoravelmente à emissão de laudos por outras profissões, argumentando a necessidade de ampliar a capacidade instalada no Brasil para cobertura populacional do exame:

“A emissão de laudos dos exames citopatológicos de cólo de útero atualmente é realizado também por biomédicos e farmacêuticos, com boa qualidade técnica [...] Atualmente, a capacidade instalada do Brasil para realização desses exames com o devido controle de qualidade é baixa e a restrição da emissão de laudos aos profissionais médicos reduziria ainda mais esta já baixa capacidade instalada”

Categoria 4 – Vacinação para HPV

A quarta categoria diz respeito a postagens relacionadas à vacinação por HPV incorporada ao SUS. Todas as postagens sobre o tema estavam vinculadas ao

site do COFEN, apresentando benefícios do procedimento, além de orientações sobre acesso e faixa etária de realização da vacina. Há apenas uma menção ao fato da vacina não substituir o exame citopatológico em termos de prevenção do câncer de colo do útero, destacada na última verbalização:

“A vacina protege contra dois subtipos de HPV, doença responsável por 70% dos casos de câncer do colo do útero e a terceira causa de morte de mulheres no Brasil”

“Em 2015, a vacina passa a ser oferecida para as adolescentes de 9 a 11 anos e, em 2016, às meninas que completam nove anos. Com isso, o Brasil, em apenas dois anos, protegerá a faixa etária (meninas de 9 a 13 anos) que melhor se beneficia da proteção da vacina”

“A imunização não substitui a realização do exame preventivo e nem o uso do preservativo nas relações sexuais” (grifo da autora)

Categoria 5 – A mulher que se preocupa com a sua saúde

Esta categoria traz enunciados acerca de um ideal de mulher promovido pelos Conselhos, abarcando cuidados em saúde e modos de vida, com ênfase na realização de exames e consultas médicas regulares, apontados como forma de cuidado. Podemos observar que os excertos não são diretamente remetidos às mulheres, inferindo, assim, que os destinatários são os próprios profissionais de saúde:

“Portanto é imprescindível que as mulheres se submetam a exames periódicos de prevenção e detecção precoce”

“Isso porque as mulheres são mais sensíveis e percebem mais os problemas de saúde do que os homens, que dão pouco importância ao seu próprio corpo”

“Tomar a vacina na adolescência é o primeiro de uma série de cuidados que a mulher deve adotar para a prevenção do HPV e do câncer do colo do útero”

“Desde sua primeira menstruação, é recomendável que a mulher crie o hábito de consultar um ginecologista regularmente. Essa é uma atitude preventiva essencial para que ela cuide da sua saúde íntima e evite que alguma doença seja descoberta apenas em estágios bastante avançados”

“Por isso, a mulher que se preocupa com a sua saúde, também aprende a se conhecer muito bem para identificar os primeiros sintomas de quando alguma coisa está errada”

Destaca-se, no entanto, uma publicação do COFEN que apresenta a visão das mulheres em relação ao exame, apresentando fatores que levariam essas a não realizar o mesmo:

“Dentre o grupo que nunca fez o exame, 45,6% declararam não achar necessário, 20,7% nunca haviam sido orientadas para fazer o Papanicolau e 9,7% declararam ter vergonha de fazê-lo”

6.3.2.1 Singularidades e silêncios do conteúdo sobre rastreamento de câncer de colo do útero

Apesar de ser uma estratégia de rastreamento que diz respeito a um número bastante expressivo de mulheres no Brasil, foram encontradas poucas postagens dos Conselhos com o tema central sendo o exame citopatológico, pouco mais da metade das encontradas sobre mamografia. Um dos textos excluídos da análise de conteúdo por ser datado anteriormente ao ano 2000 foi um poema publicado na página de internet do CFM, de autoria de um médico, o qual será retomado, aqui, por representar um consolidado das categorias acima mencionadas. Com grifos nossos, destacamos as informações que o poema oferece às pessoas que acessarem a página do Conselho, as quais vão desde dados a respeito de como o exame foi desenvolvido e é realizado, até recomendações sobre como a mulher deve se sentir em relação ao exame:

<i>George Papanicolau</i>	<i>Todo exame positivo</i>	Como fatores de risco
<i>Foi brilhante sábio grego</i>	<i>Demanda confirmação,</i>	Dos cânceres cervicais,
<i>Que à ciência devotou</i>	<i>Através de outros testes</i>	Estão a promiscuidade
<i>Muito amor e grande apego.</i>	<i>Que dão certificação.</i>	E moléstias sexuais;
<i>Devemos ao mestre um teste</i>	<i>“PAP-TEST” é preventivo</i>	Partos múltiplos, seguidos,
<i>De relevância inconteste</i>	<i>Mas não é confirmativo</i>	E os asseios comedidos,
<i>E de universal emprego.</i>	<i>De maligna lesão.</i>	Vulvares ou vaginais.
<i>“Teste Papanicolau”</i>	<i>Este teste valioso</i>	<i>Genitais inflamações,</i>
<i>É um exame citológico</i>	<i>Pode ser realizado</i>	<i>Freqüentes ou persistentes;</i>
<i>De material colhido</i>	<i>Em um Posto de Saúde</i>	<i>Sexuais infecções,</i>
<i>Em sítio ginecológico -</i>	<i>Que se encontre aparelhado</i>	<i>Repetidas, recorrentes,</i>
<i>Colo uterino e vagina.</i>	<i>Pra colher o material,</i>	<i>Pedem exames citológicos,</i>
<i>Tal secreção se examina</i>	<i>Com técnica especial,</i>	<i>Como testes oncológicos,</i>
<i>Com rigor tecnológico.</i>	<i>Para ser examinado.</i>	<i>Exigíveis, pertinentes.</i>
<i>Desses órgãos genitais</i>	As jovens com dezoito anos,	<i>Diagnóstico precoce</i>
<i>Ele colhe informações</i>	Ativas, sexualmente,	<i>Quanto ao câncer cervical</i>
<i>Quanto a células e tecidos</i>	Deverão fazer o teste,	<i>Resulta em cura efetiva</i>

<i>Que apresentem alterações, Com áreas degeneradas E que sejam interpretadas Como malignas lesões.</i>	Ao menos, anualmente. Se vários foram os parceiros, Amantes ou companheiros, Que o façam precocemente.	<i>Em grande percentual. Casos menos avançados, São tratados ou curados Com operação radical.</i>
---	---	---

O Vírus “HPV”, Por grupos mais agressivos, É o causador principal Dos efeitos destrutivos Que dão câncer cervical, Um grave e temível mal Nos seus surtos invasivos.	<i>Quem tem quarenta ou cinquenta, Ou está na “Melhor Idade”, Deve submeter-se ao teste, Ao qual tem prioridade Fazê-lo é conveniente, Já que é útil e eficiente, Na busca da enfermidade.</i>	Não tenham medo ou vergonha Deste exame valioso. Pouco incomoda, e não é Agressivo ou doloroso. Como teste preventivo É seguro e decisivo, Importante e valioso.
---	--	---

Embora compreendamos a liberdade poética do autor, há alguns elementos do texto que, retirado o exagero artístico, remetem a opiniões ainda correntes entre profissionais de saúde. A primeira delas é abordar as lesões precursoras e o câncer a partir de adjetivos como “agressivos”, “destrutivos”, “grave” e “temível”, de modo a reforçar um sentimento de receio e vigília permanente em relação à doença. O poema também relaciona a realização do exame à atividade sexual de jovens acima de 18 anos, indicando, ainda, a necessidade de realizar o exame precocemente caso a jovem seja promíscua. Além disso, apresenta como fator de risco para a doença a falta de asseio na região da vagina e da vulva. Esses elementos ajudam a aproximar o imaginário social do câncer de colo uterino da ideia de “sujeira” (75) e de “descuido”, colocando limites no exercício “saudável” da sexualidade.

Como vimos no debate acerca das vozes sobre os corpos femininos, Cruz e Loureiro (77) já apontavam a reprodução de preconceitos históricos nas campanhas relacionadas ao câncer de colo do útero, fato que se repete nessa poesia, indicando a responsabilização isolada da mulher tanto pelo seu cuidado, quanto pelo seu adoecimento. Por fim, o médico sugere que mulheres não tenham medo ou vergonha do exame, informando que é pouco incômodo, não agride e não dói. Esse “conselho” mostra-se especialmente grave se considerarmos o estudo de Coelho (78) sobre motivos para a não-realização de exames citopatológicos entre brasileiras, no qual uma das razões levantadas seria justamente a desconsideração, por parte dos profissionais, acerca dos sentimentos de medo e vergonha das mulheres.

O silêncio marcante a respeito dos desconfortos e riscos do exame fica evidente quando o profissional de saúde se autoriza a falar pelas mulheres, a partir de uma experiência que o próprio não vivenciou em seu corpo e negando, em grande medida, a multiplicidade de dores e de violências às quais as mulheres podem ser expostas no cotidiano dos serviços de saúde. Consideramos que esse poema nos auxilia a convocar os olhares da Bioética acerca desse tema, ao apresentar, de forma aparentemente artística e “inofensiva”, um grande consolidado de saberes morais e moralizantes sobre o corpo das mulheres, os quais frequentemente se fantasiam de “ciência”.

7. DISCUSSÃO E REFLEXÕES: OS OLHARES DA BIOÉTICA SOBRE O RASTREAMENTO DOS CÂNCERES DE MAMA E DE COLO DO ÚTERO NO BRASIL

Conforme observamos na linha do tempo das políticas públicas brasileiras para rastreamento, entre 2008 e 2013, o câncer de mama foi objeto principal de diversas ações, enquanto o câncer de colo do útero esteve em segundo plano. Os Conselhos profissionais, acompanhando esse movimento, apresentaram, durante esses anos, principalmente postagens de cunho corporativista em relação à exclusividade profissional em procedimentos relacionados ao rastreamento de câncer de colo do útero e, logo após, passam a relacionar com os termos “Papanicolau” e “Exame Citopatológico” à vacina por HPV, a qual é mais custosa e não substitui a necessidade de realização do rastreamento. Há uma espécie de eclipse colocado, tanto no âmbito das políticas públicas, quanto do debate profissional, em relação ao câncer de colo do útero e seu rastreamento – e podemos levantar a hipótese de que tal invisibilidade é um dos fatores que influencia na dificuldade de atingirmos a cobertura adequada da população.

Considerando os dados dos sistemas de informação do SUS em diálogo com a análise dos conteúdos das páginas da internet dos Conselhos profissionais, temos um material repleto de complexidades que provocam os olhares da Bioética. Utilizaremos os entendimentos de Equidade, Corporeidade, Solidariedade crítica, Vulnerabilidade, Interseccionalidade e os “4 pés”: Prudência, Prevenção, Precaução e Proteção, propostos pela BI e pelas Abordagens Feministas da Bioética, de modo a discutir as convergências e contradições encontradas.

No que tange à Equidade, podemos observar que o conteúdo produzido pelos Conselhos profissionais parece, em boa medida, não reconhecer as diferenças entre as mulheres e suas demandas de saúde, se pautando a partir de uma “mulher universal”. Há uma menção apenas, em cada descritor, em relação ao fato de que o maior acesso a exames ocorre entre mulheres com mais anos de escolaridade e, no descritor “Mamografia”, entre mulheres brancas. As Abordagens Feministas da Bioética auxiliam-nos a perceber como a negação dessas diferenças é um mecanismo de manutenção de iniquidades históricas. Ora, se, como indicam Diniz e

Guilhem (84), a ciência e a saúde já são organizadas de forma androcêntrica, com essa mulher universal já representando “aquela que é diferente do normal”, qual espaço temos para considerar a diversidade entre mulheres?

Com relação ao acesso à saúde, os Conselhos reconhecem iniquidades regionais (Figura 19), apontando a má distribuição de equipamentos, a concentração de exames em determinadas regiões do país e as desigualdades no acesso ao diagnóstico e tratamento. Tais dados se traduzem na cobertura de rastreamento observada nos dados dos sistemas de informação do SUS, que, apesar de baixa em todas as regiões, é ainda mais deficitária nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, tanto para o rastreamento de câncer de mama, quanto para o de câncer do colo do útero. Assim, é possível inferir que, no Brasil, a iniquidade entre as regiões pode ocasionar, como indica a BI, uma mímica da situação observada entre países centrais e periféricos (90, 91), onde os primeiros acessam com maior facilidade tecnologias e são mais valorizados na elaboração de políticas públicas.

Categoria (descriptor “mamografia”)	Conteúdo	Categoria (descritores “exame citopatológico/Papanicolau”)
Categoria 2 – Ampliação do acesso das mulheres aos exames de prevenção e de diagnóstico do câncer de mama	<p><i>“A realização do exame [de câncer de mama] foi mais frequente entre mulheres brancas (66,2%) [...] e entre aquelas com grau superior completo (80,9%)”</i></p> <p><i>“Os maiores percentuais [de realização do exame citopatológico] estão nas regiões Sul (83%), Sudeste (81,1%) e Centro-Oeste (80,9%)”</i></p> <p><i>“Esse exame deve ser realizado de três em três anos se você tem entre 20 e 39 anos, e uma vez por ano depois dos 40.”</i></p>	Categoria 2 – Ampliação da cobertura do exame preventivo de câncer de colo de útero
Iniquidades regionais e sociais Qual o papel dos Conselhos no caminho para a equidade?		

Figura 19 – Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 2 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero

Fonte: autora.

Paradoxalmente, os Conselhos exigem que o procedimento de mamografia de rastreamento no SUS seja ofertado para mulheres a partir dos 40 anos (o que, sabidamente, não só não é recomendado, como contribuiria para inflar as filas de acesso a esse exame) e sustentam que a coleta ou os laudos dos exames citopatológicos só possam ser realizados por determinadas categorias profissionais, restringindo a capacidade de pequenos municípios ofertarem esses procedimentos. Dessa forma, ao mesmo tempo que apontam os desafios da equidade no acesso à saúde, os Conselhos não flexibilizam suas posições, calcadas, aparentemente, em interesses profissionais, de modo a contribuir para o enfrentamento das situações de iniquidade.

Conforme apontam Garrafa e Porto (92), a forma justa e equitativa de atingirmos uma igualdade de oportunidades e de acesso partiria, necessariamente, de um reconhecimento das diferenças e dos privilégios que estão em jogo, ofertando, para cada grupo, intervenções distintas que diminuam os abismos e as vulnerabilidades que tais diferenças podem estar ocasionando. Assim, ao restringir a coleta de exames citopatológicos a enfermeiras e enfermeiros, mesmo com técnicos de enfermagem treinados adequadamente para realizar tal procedimento, o respectivo Conselho impossibilita uma solução equânime para a cobertura do exame, pois enquanto grandes capitais têm profissionais de enfermagem em abundância para tal procedimento, outras cidades, mais periféricas, talvez precisem aumentar o tempo de espera para a coleta, devido à escassez de recursos humanos.

Outro ponto que podemos ressaltar, na dimensão da Equidade, é o peso que é dado ao câncer de mama em detrimento ao câncer de colo do útero (Figura 20). A despeito da importante incidência e mortalidade decorrente, o câncer de mama não pode ser evitado através da mamografia, apenas detectado precocemente. O câncer de colo do útero, por outro lado, pode ser evitado através do exame citopatológico, a partir da identificação e tratamento das lesões precursoras. Assim, o destaque que é dado ao câncer de mama, tanto no conteúdo dos Conselhos, quanto na evolução das políticas públicas brasileiras, parece eclipsar o necessário enfrentamento à alta incidência e às mortes completamente evitáveis ocasionadas pelo câncer de colo do útero.

Categoria (descritor “mamografia”)	Exemplos de conteúdo	Categoria (descritores “exame citopatológico/Papanicolau”)
Categoria 1 – O câncer de mama é a principal causa de mortes das mulheres	<p><i>“O quadro do câncer de mama hoje no Brasil é alarmante: 350 mil casos novos são diagnosticados a cada ano”</i></p> <p><i>“No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer estima o surgimento de 15 mil novos casos [de câncer de colo do útero] e cerca de 4,8 mil óbitos nesse ano”</i></p>	Categoria 1 - O câncer do colo do útero é o terceiro tipo que mais mata mulheres no Brasil
<p>Peso dado ao câncer de mama estaria relacionado aos interesses do mercado?</p> <p>Vulnerabilidade interseccional das mulheres com câncer de colo do útero – como garantir equidade?</p>		

Figura 20 - Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 1 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero

Fonte: autora.

Uma das hipóteses que levantamos, aqui, é que a concentração maior de incidência e de mortalidade decorrente do câncer de colo uterino nas regiões mais pobres do país, bem como o fato de que as tecnologias associadas ao câncer de mama são de maior interesse do mercado, contribuem para a relevância política que é dada para cada patologia. Os olhares da Bioética, com os quais dialogamos, em especial o estudo de Porto e Garrafa (91), alertam para o direcionamento das políticas públicas a partir da visão de determinados grupos de elite, os quais visam a proteger seus interesses, seja como produtores ou como consumidores de tecnologias, perpetuando injustiças sociais.

A questão da Corporeidade surge em diversos momentos dos resultados apresentados. A exposição de mulheres cada vez mais jovens e em periodicidade cada vez menor aos exames de mamografia e coleta de citopatológico, conforme apontam os dados dos sistemas de informação do SUS, fazem soar um alarme em relação aos usos e abusos dos corpos femininos pelo mercado da saúde, já anunciado por diversas autoras que se debruçaram sobre as origens da ginecologia e os impactos da patologização das mulheres (65, 68, 69). Nas categorias “A mulher consciente e o câncer de mama: Outubro Rosa e prevenção” e “A mulher que se cuida e o câncer de colo do útero” (Figura 21), observamos que a dimensão da dor,

tal qual proposta pela BI, em boa parte, não parece ser reconhecida pelos Conselhos profissionais.

Categoria (descriptor “mamografia”)	Exemplos de conteúdo	Categoria (descriptores “exame citopatológico/Papanicolau”)
Categoria 5 – Previna doenças nos seios, só depende de você!	<p><i>“As mulheres ainda não estão conscientes da importância de cuidar da saúde, de fazer a mamografia anualmente a partir dos 40 anos”</i></p> <p><i>“Desde sua primeira menstruação, é recomendável que a mulher crie o hábito de consultar um ginecologista regularmente. Essa é uma atitude preventiva essencial para que ela cuide da sua saúde íntima”</i></p>	Categoria 5 – A mulher que se preocupa com a sua saúde
Corporeidade Culpabilização das mulheres		

Figura 21 – Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 5 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero

Fonte: autora.

Há, ao invés desse reconhecimento, um empréstimo de valores morais para caracterizar o corpo feminino submetido a essas tecnologias, os quais parecem justificar eventuais sofrimentos experienciados pelas mulheres na realização dos exames. Todavia, como vimos nos estudos de Mendonça (71), acerca da realização de mamografias, e de Paula e Madeira (74), acerca dos exames citopatológicos, as mulheres seguem sentindo dor e medo frente a esses procedimentos, sem encontrar proteção e acolhimento junto aos profissionais de saúde.

Considerando a perspectiva das Abordagens Feministas de Bioética, há uma delimitação produzida através das normativas sobre os corpos femininos, de quais condutas e exercícios de si são aceitáveis socialmente, atravessadas por recortes de gênero, raça e classe social. Os Conselhos, então, criam uma mulher “sensível”, “que cuida de sua saúde íntima”, “que se preocupa com sua saúde”, “que aprende a se conhecer”, que é “vitoriosa”, que é “consciente” – e é para essa mulher que os

discursos de saúde são direcionados. O corpo dessa mulher é colocado, então, nessa esfera de cuidado, vigilância e valor social, pertencendo, em parte, a ela e, em outra grande parte, à saúde. Há, no conteúdo das páginas da internet dos Conselhos, uma série de prescrições sobre esses corpos, além do investimento em discursos de medo em relação às doenças. Tais falas fomentam não só a dependência das mulheres em relação aos profissionais de saúde, mas, como alerta Cadwallader (101), inscrevem-se nos corpos definindo limites da livre exploração de suas subjetividades e sexualidades.

A negativa da dor e o não-reconhecimento das diversas violências e violações a que os corpos femininos são submetidos historicamente contribuem para que, no conteúdo disponibilizado pelos Conselhos profissionais, não apareça qualquer debate sobre a relação entre profissionais de saúde e as mulheres, sobre empatia em relação à vergonha, ao desconforto e à dor experimentada pelas mulheres. Sequer há conteúdos sobre a necessidade de informar as mulheres acerca dos exames de rastreamento, de modo a fomentar a tomada de decisão compartilhada, apontada por Pathirana, Clark e Moynihan (16) como pilar fundamental para a redução de danos desse procedimento. O corpo feminino é apresentado, apenas, como objeto de vigilância, de análise e de intervenção.

Em termos de Solidariedade Crítica, há um desafio colocado, pelos olhares da Bioética, aos profissionais de saúde. Observamos, ao analisar os dados dos sistemas de informação do SUS acerca da produção de procedimentos de rastreamento, que diversas mulheres estão sendo encaminhadas para a realização desses exames em faixas etárias e periodicidades inadequadas. Sabendo que tal encaminhamento é realizado por profissionais de saúde, talvez a primeira dimensão da solidariedade seja, justamente, a nível individual: conhecendo os possíveis danos que esses exames podem trazer, os profissionais de saúde poderiam ser mais responsáveis no uso dessa prescrição, hoje indiscriminada, de modo a não expor cada uma dessas mulheres a intervenções e angústias desnecessárias.

O reconhecimento e o respeito pela alteridade, situados por Selli e Garrafa (110) como uma “abertura ao outro”, poderiam contribuir para que a tomada de decisão em relação à realização dos exames, a nível individualizado, fosse menos unilateral e mais compartilhada. Esse processo passa pelo deslocamento do profissional de saúde do seu espaço privilegiado na hierarquia de saber e de poder,

atentando para as sutis violações do cotidiano dos serviços de saúde e reconhecendo seu papel nessa dinâmica.

Todavia a solidariedade também se coloca na interface entre individual e coletivo, na partilha de um mesmo universo existencial (110), conforme provoca a BI. As recomendações contrastantes dos Conselhos acerca da faixa etária e da periodicidade para rastreamento, bem como as restrições acerca de quais profissionais poderiam realizar quais condutas em saúde (Figura 22), além de induzirem alguma confusão, contribuem para uma situação caótica no que diz respeito ao acesso a esses procedimentos a nível populacional. Ora, se sabemos que as estratégias de rastreamento, para atingirem o devido impacto na redução da mortalidade, precisam atingir uma cobertura adequada junto à população-alvo, podemos inferir que os Conselhos estão orientando seus profissionais de forma descomprometida com o coletivo.

Categoria (descritor “mamografia”)	Conteúdo	Categoria (descritores “exame citopatológico/Papanicolau”)
Categoria 3 - Contradições entre a lei e a portaria sobre mamografia	<p><i>“O Ministério da Saúde agrediu a lei e expôs as mulheres mais jovens a situação de risco, limitando o acesso à mamografia bilateral”</i></p> <p><i>“Sentença da Justiça Federal proíbe biomédicos de assinarem laudos de exames citopatológicos”</i></p>	Categoria 3 - Disputas profissionais em relação à realização e à emissão de laudos do exame citopatológico
<p>Interesses corporativistas?</p> <p>Solidariedade crítica</p>		

Figura 22 – Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 3 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero

Fonte: autora.

No que tange à mamografia, por exemplo, foram lançadas, pelo CFM, recomendações expressas de que os profissionais descumprissem as normativas de portaria do Ministério da Saúde. A solidariedade crítica surge como ferramenta para deslocar os profissionais de saúde de uma lente corporativista e, como apontam as Abordagens Feministas da Bioética, reconhecerem a interdependência entre as

ações de cada sujeito social, onde cada prescrição inadequada representa um mau uso da tecnologia disponível e, diretamente, afeta a possibilidade de acesso de outra mulher, considerando as limitações dos recursos disponíveis. Para tanto, é preciso que os profissionais de saúde se reconheçam como agenciadores privilegiados na interface entre as políticas públicas, os interesses do mercado e as possibilidades de saúde que a população poderá acessar.

Através de um exercício de solidariedade crítica, os Conselhos poderiam perceber, também, suas posições enquanto “agentes-duplos”, tendo em vista a comum dedicação paralela dos profissionais entre serviços públicos e privados. A suposição de que os serviços privados são de melhor qualidade, devido à abundância de tecnologias disponíveis, não se sustenta frente às evidências que encontramos acerca do rastreamento desses cânceres. Todavia podemos supor que uma das forças motrizes por trás dos serviços privados é o interesse das indústrias relacionadas à saúde, as quais promovem o consumo de tecnologias entre a população. Esse consumo, mediado pelos profissionais de saúde, não pode nem deve ser replicado para a realidade do sistema público de saúde, sob o risco de torná-lo insustentável e desatento às reais necessidades das usuárias e dos usuários.

Assim, faz-se oportuno o debate, proposto pela BI, sobre adotarmos a Prevenção, a Precaução, a Prudência e a Proteção como balizadoras da nossa relação com as tecnologias disponibilizadas pelo mercado. As categorias “Mamografia do futuro?” e “Vacinação para HPV” (Figura 23) trazem à tona tanto a dimensão da prudência frente a avanços e novidades - quando promovem o uso de outros exames mais caros e recentes, alguns sequer com comprovação de eficácia, para rastreamento de câncer de mama -, como a dimensão da precaução frente ao desconhecido, marcadamente a vacina para HPV, a qual apresentava evidências contrastantes a respeito de seus benefícios à época de incorporação pelo Ministério da Saúde.

Categoria (descriptor “mamografia”)	Conteúdo	Categoria (descriptores “exame citopatológico/Papanicolau”)
Categoria 4 – A mamografia do futuro?	<p><i>“A mamografia tomográfica — ou tomossíntese — é capaz de aumentar ainda mais a detecção precoce do câncer de mama, em relação à mamografia digital”</i></p> <p><i>“A vacina protege contra dois subtipos de HPV, doença responsável por 70% dos casos de câncer do colo do útero e a terceira causa de morte de mulheres no Brasil”</i></p>	Categoria 4 – Vacinação para HPV
Tecnologias – 4Pês		

Figura 23 – Aproximações e reflexões bioéticas nas Categorias 4 da análise de conteúdo dos descritores para câncer de mama e para câncer de colo do útero

Fonte: autora.

No que diz respeito à prevenção de danos e iatrogenias, ressalta-se o silêncio marcante dos Conselhos de Medicina e de Enfermagem em relação aos possíveis danos do rastreamento, considerando o papel-chave desses profissionais no encaminhamento das mulheres para os procedimentos. Em boa medida, parece-nos que a informação que chega aos profissionais de saúde acerca do rastreio desses cânceres é antes mediada pelo mercado, que visa ao consumo em escala dos exames, do que pela produção de conhecimento dedicada à investigação da efetividade dos mesmos. As prescrições que emitem esses profissionais, portanto, parecem enviesadas, de tal forma que inviabilizam o papel de proteção dos excluídos sociais, dos mais frágeis e desassistidos, como preconiza a BI.

O profissional de saúde é quem ocupa um papel estratégico nas possibilidades de exercício de autonomia das mulheres e na moldagem das ofertas do sistema público de saúde. Frente às dimensões das políticas públicas, das indústrias e dos saberes institucionalizados, qualquer mulher se torna a peça frágil do sistema de saúde. A proteção mais individual envolve o reconhecimento dessa fragilidade e o exercício de debate amplo sobre cada conduta de cuidado, com tomada de decisão compartilhada entre usuária e profissional. Todavia há a

necessidade de proteção a nível mais amplo, a qual dialoga com as dimensões da equidade e da solidariedade crítica: o profissional de saúde é um dos agentes que pode reproduzir ou filtrar aqueles procedimentos os quais, além de gerarem danos individuais, contribuem para o aumento dos abismos de iniquidade social.

Faz-se pertinente, nesse momento, refletir acerca dos conceitos de Vulnerabilidade e Interseccionalidade, através dos quais as Abordagens Feministas da Bioética se debruçam sobre as iniquidades e as relações de opressão e subordinação existentes na saúde. No que tange à realização de rastreamento dos cânceres, a invisibilidade social de determinados grupos de mulheres, principalmente os de mulheres pobres, negras e indígenas, contribui para que elas estejam mais vulneráveis às doenças e mais desamparadas ao acesso à saúde. A classe social e a raça são importantes elementos interseccionais para constituição dessa aparente hierarquia de vidas. Todavia, atentando para a interdependência que atrela todas as mulheres a uma parcela de vulnerabilidade, podemos inferir, através dos dados de realização de exames e de mortalidade, que o excesso de visibilidade de determinados grupos de mulheres também tem causado danos, especialmente se focamos na prescrição indiscriminada de mamografias que não parece resultar em queda na mortalidade pela doença.

A relação entre vulnerabilidade e interseccionalidade, nesse caso, é das mais complexas, pois, ao partirmos de um ponto onde a própria condição de “mulher” já expõe todas as mulheres a enormes riscos da manipulação de seus corpos pela ciência, ao mesmo tempo, a abundância e a inexistência de acesso à saúde são fatais. Marcas de raça e de classe social potencializam o desamparo e a precariedade da existência daquelas mulheres que sequer possuem saneamento em seus territórios, que dirá uma unidade de saúde de referência para realização de exame citopatológico. Por outro lado, as mulheres mais próximas e interessantes às engrenagens do mercado estão superexpostas a tecnologias, como evidenciam os exames registrados nos sistemas de informação do SUS, e às violências oriundas delas. E, assim, como reflete Butler (109), a precariedade é distribuída entre todas, mediada pelo Estado.

Tal fato parece apontar que, se estivéssemos todos em defesa da destinação de recursos em saúde aos mínimos existenciais para toda a população (93), talvez conseguíssemos evitar tanto os exageros, quanto as ausências completas. Todavia, como observamos, essa luta é atravessada pela lógica perversa do mercado a qual

nos faz crer que abdicar de qualquer acesso privilegiado a tecnologias nos faria menos sujeitos. Assim sendo, parece necessário um resgate da dimensão dessa vulnerabilidade compartilhada, onde todos somos objetos descartáveis do mercado tecnológico, ao mesmo tempo em que reconhecemos as marcas singulares que atribuem tempos e sofrimentos distintos a cada pessoa que é descartada.

7.1 “O MITO DA VIDA QUE FOI SALVA”

Imaginemos um grupo de pessoas que está trancado dentro de uma sala em um serviço de saúde. É outubro. Essa sala tem uma parede com alguns pôsteres e uma televisão, e todas as pessoas ali trancadas estão viradas para essa parede. Há, também, uma mesinha com revistas e folhetos. Na sala, além de profissionais de saúde, há uma usuária do serviço.

Os pôsteres na parede são propagandas do autoexame de câncer de mama. Na televisão, uma artista, vestindo rosa, pede que todas as mulheres lembrem de fazer mamografia anual. O Dr. Dráuzio Varela aparece em seguida, reforçando a recomendação.

A usuária do serviço repete "que bom que eu fiz minhas mamografias desde os 35 anos e descobri esse câncer, hoje eu sou uma vitoriosa!". Os trabalhadores do serviço se cumprimentam "salvamos uma vida!". E tudo segue bem.

Um dia, uma das profissionais de saúde vira para trás. Percebe a porta da sala entreaberta. Levanta, curiosa, e sai.

A primeira coisa que ela vê é uma fila de espera. Muitas mulheres na fila, todas precisam fazer mamografia. Umas dizem "quero agora minha mamografia anual", outras dizem "quero descobrir o que é esse caroço que sinto no seio". A confusão daquela fila atrapalha o pensamento da profissional de saúde. Causa incômodo. Ela decide seguir andando.

Ela sai para a rua e caminha. Lê, nas bancas, manchetes sobre cortes no orçamento da saúde. Chega a uma unidade de saúde distante - faltam espéculos para coleta de exame citopatológico. Ela vê outras mulheres, mais pobres, mais negras, mais desnutridas. Elas esperam o encaminhamento para uma cirurgia que já chegou tarde demais.

A profissional de saúde olha para seu peito, vê uma fitinha rosa amarrada em laço na blusa. Sente um desconforto maior.

Segue caminhando. Chega a uma universidade. Escuta as aulas de alguns cursos... medicina, enfermagem... percebe que muitos professores usam tablets, pastas e canetas da indústria farmacêutica. Todos falam da saúde da mulher, falam da importância de sua profissão. Orientam alunas e alunos a prescreverem exames. "Prevenção" é a palavra de ordem.

A profissional de saúde está cansada. Algo parece errado, ela não sabe o quê. Ela senta num canto escondido da universidade - a biblioteca. Começa a ler.

Descobre riscos desses exames. Descobre o custo de cada nova tecnologia. Descobre marcas do corporativismo, marcas do mercado, marcas do machismo, racismo, elitismo - marcas do medo. Seu coração bate mais rápido.

Sai correndo, escuta no rádio dos carros que passam uma notícia sobre a Câmara dos Deputados exigindo mamografias para mulheres de todas as idades.

Erra o caminho, chega numa travessa afastada, tropeça no esgoto a céu aberto. Seus pés agora cheios de lama e bosta, mas ela não para de correr.

Ela quer contar para todos o que viu. Ela precisa falar sobre todas as outras vidas que estão sendo mortas para que uma vida seja salva!

Ofegante, chega de volta à sala. Quer desligar a TV, arrancar os pôsteres, rasgar as revistas. As pessoas na sala dizem "O que houve? Você parece louca!".

Ela tenta contar o que viu.

Todos olham, incrédulos. O primeiro a falar é o médico: "Mas não foi isso que aprendi na universidade", logo a enfermeira: "Mas como deixar, assim, de prevenir câncer de mama, a doença que mais mata mulheres no Brasil?", alguns sussurram: "Imagina, essas tecnologias salvam vidas!!!", alguém berra ao fundo: "Mas minha tia teve câncer de mama aos 25!". Uma das pessoas, chocada, não fala, mas aponta entusiasmadamente para a revista cuja capa figura a Angelina Jolie, a qual recém realizou cirurgia preventiva de retirada das mamas. Finalmente, fala a usuária: "Mas veja eu, aqui! Minha vida não teria sido salva sem a mamografia: eu sou uma sobrevivente".

A profissional de saúde senta, exausta.

"Nesse cenário, somos todos sobreviventes", pensa. "Mas seremos, também, assassinos?".

Todos viram para a televisão, comentam como ficou bonita a nova propaganda da vacina de HPV.

Reflieto:

A mulher rica (com acesso ao privado, acesso *vip* do mercado à saúde) é sujeita das intervenções violentas do mercado sobre o corpo feminino, mas tem o amparo desse mesmo mercado que oferece tecnologias para ela lidar com os eventuais danos que essas intervenções causarem. Ou seja, a mulher rica recebe em seu corpo o dano, mas pode acessar o remédio para o dano – uma tecnologia remediando a outra.

A mulher rica, quando consome saúde, estabelece tendências, que o mercado passa a exigir do setor público. O profissional de saúde, que atua simultaneamente no privado e no público, precisa entender que a prescrição de um sistema define a do outro, mas que as possibilidades em cada sistema de saúde são muito diferentes – e, também, são diferentes as pessoas.

A mulher pobre acessa aquilo que o mercado quer que ela acesse, no tempo e na intensidade que for conveniente à economia. Vai acessar mamografia muito

mais rápido do que tratamento integral, vai acessar vacina de HPV antes mesmo de haver evidência sobre sua efetividade, e vai seguir morrendo de câncer de colo do útero.

A mulher rica e branca é quem recebe uma prescrição personalizada, se entende especial, porque é da vida dela que falam quando anunciam salvar vidas. A mulher rica, quando morre, morre batalhadora, morre vitoriosa. Ela morre “sujeito”, mas objeto daquela tecnologia. É quase belo quando ela morre, ajuda a lembrar as outras que ninguém está segura.

A mulher preta e pobre recebe o que sobra, a dor que sobra, a morte que sobra – ela é a vida que sobra, num grupo imenso e fosco de vidas indissociáveis, desimportantes, residuais, que servem para fazer escala, mas não escopo. As vidas que morrem quando aquela outra vida é salva.

Assim, voltando ao exemplo dos rastreamentos de câncer de mama e de colo do útero, temos um cenário onde a mulher, “autônoma”, consome exames como forma de ascender ao *status* de sujeito – ainda que em periodicidades e faixas etárias que a colocam mais em risco do que em proteção – e, em seu consumo, faz peso para que a balança do mercado siga investindo nessas tecnologias em detrimento de outras. Todas as mulheres que são o outro dessa primeira, hierarquicamente, tentarão mimetizar esse padrão de consumo e ascensão social, cada uma delas encontrando, no caminho, a barreira de acesso física ou simbólica que as impedirá de ser vida digna. E, assim, segue distribuída a precariedade e a morte, até chegarmos na mulher que definha e morre de câncer de colo do útero, a precariedade máxima de quem depende da proteção de um Estado-mercado algoz.

Sucintamente, trago aqui um conjunto de análises, onde entendo que:

- o corpo das mulheres é terreno-objeto dos discursos e das tecnologias em saúde num processo, mediado pelo Estado-mercado, onde o consumo de tecnologias permite, ao corpo, a fantasia de um *status* de sujeito;

- o corpo de algumas mulheres tem acesso tão abundante a tecnologias que é adoecido e é curado sistematicamente, com narrativas sendo produzidas sobre essa doença e essa cura que apontam para um ideal de cuidado e um ideal de mulher. Às vezes, é preciso que essas mulheres também morram, para que nenhuma mulher deixe de ser vigilante sobre seu próprio corpo;

- o corpo de outras mulheres tem o acesso a tecnologias restrito, porque essas são as mulheres cuja existência é marcada pela insígnia da precariedade

máxima. São essas as mulheres pobres, negras e indígenas, que o Estado-mercado sistematicamente determina que devem morrer. Sobre suas vidas e suas mortes não há narrativa, no máximo ocupam algum espaço de “mau exemplo”; e

- o holofote e o investimento constantes nas tecnologias e nas políticas relacionadas ao câncer de mama, mesmo em grupos sem benefício comprovado, aliados à morte, sangrenta, violenta, longa e sofrida por uma doença prevenível, como o câncer de colo do útero são um dos rituais silenciosos do Brasil contemporâneo (machista, racista e capitalista), onde os corpos femininos economicamente desimportantes são múltiplas vezes dilacerados de vida.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quase no fim do mestrado, fomos para Pernambuco.

Era “O” Congresso de Bioética.

81% dos convidados a falar eram homens, majoritariamente brancos.

Mais de 70% eram médicos.

Incrível como têm opiniões sobre tudo!

Desanimei...

Numa tarde, fomos à Olinda. No Museu do Mamulengo, onde estavam expostos os bonecos de madeira do tradicional teatro popular de crítica social, meu olhar foi convocado.

Uma das bonecas se chamava Dona Flora. Era uma boneca feita nos anos 60. Dona Flora tinha apenas um seio. Fiquei pensando... qual seria o papel de Dona Flora naquele teatro? Quantas mulheres ela representaria, quantas histórias de seios perdidos e arrancados!

Na outra sala, um conjunto de bonecos representava um velório. Padre, família, defunto. E as carpideiras.

As carpideiras eram mulheres pagas para chorar no velório de desconhecidos. Quanto mais gente chorava, mais prestígio tinha o morto.

Quanto custaria aquele pranto fingido?

Quem choraria a morte de quem não pode pagar?

Quem choraria por Dona Flora e seu seio?

E quem choraria, afinal, a morte da boneca que sequer existe, a boneca invisível da mulher invisível - aquela sem papel no teatro, nem no mundo?

Diante da gravidade e das urgências da situação política e econômica de nosso país, foi um enorme desafio realizar esse trabalho, que questiona a realização de exames “preventivos” quando, tantas vezes, o acesso a esses procedimentos é entendido, pela população, como acesso a saúde e a direitos. Poderíamos apresentar diversas conclusões difusas, tais como “vivemos num país machista, racista e capitalista”, “a indústria tecnológica e farmacêutica está ativamente adoecendo e financiando milhares de mortes de mulheres no Brasil”, “as políticas públicas, através do executivo, do legislativo e do judiciário, privilegiam determinados grupos da população em detrimento de outros, contribuindo para a mortalidade de mulheres brasileiras por câncer”, ou “os profissionais de saúde, na melhor das hipóteses, estão desinformados; na pior das hipóteses, são

corporativistas e vendidos ao mercado, praticando cotidianamente atos violentos e irresponsáveis nos serviços de saúde”.

Não há, no entanto, conclusão simples para um tema que, apesar de representar um micro recorte dos desafios sociais que atravessam a saúde pública brasileira, comporta enormes contradições, silêncios e violações, tal como o rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero. Tampouco é essa uma história recente, apesar da delimitação temporal da pesquisa. Os olhares de Bioética são as lentes através das quais foi possível significar o absurdo de haver tecnologias o bastante para praticamente erradicar a mortalidade por câncer de colo do útero e essa ainda ser a primeira causa de morte por câncer entre mulheres da região Norte do país. Lentes para enxergar o paradoxo do câncer de mama, doença com importante visibilidade, investimento e até *marketing* na saúde, ainda ser tão centrado na oferta indiscriminada de mamografias, mesmo quando há tantas evidências apontando para os danos desses procedimentos e para o fato de que, dessa forma, não haverá redução de mortes pela doença.

A Bioética de Intervenção apoiou nosso entendimento do papel-chave do mercado na disponibilização e na glamourização do consumo de tecnologias em saúde, orientando os rumos das políticas públicas, da produção de procedimentos no SUS e dos discursos dos profissionais de saúde. Numa sociedade onde o acesso a tais tecnologias define quem pode ser considerado sujeito, flexibiliza-se a métrica da dor pela qual um corpo deve passar de modo a deixar de ser completamente periférico. Assim, é preciso que tenhamos ferramentas para lidar com os avanços tecnológicos, de modo a não objetificar sujeitos e ampliar as iniquidades sociais.

O amparo das Abordagens Feministas da Bioética foi essencial para convocar a dimensão do gênero e da raça para uma análise do campo das ciências da saúde, que se fundou na desvalorização dos saberes populares e transferiu todo o conhecimento sobre os corpos femininos para homens da elite. Esse processo, que remonta ao fim do século 19, segue presente e vivo nos conteúdos produzidos por Conselhos profissionais de saúde, os quais deveriam se ocupar da orientação ética às pessoas que compõem os recursos humanos da saúde no Brasil. A muito custo, foi preciso arrancar a capa invisível que (ainda!) encobre o debate de gênero e de raça em boa parte das correntes teóricas que constroem a Bioética.

As diversas camadas de complexidade desse problema, por vezes, trazem a sensação de que não temos como agir de modo a promover mudanças no cenário

do rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero no Brasil, mas há pistas de por onde começarmos. O reconhecimento da interdependência, que conecta a todas nós com consequências diretas e indiretas, é um primeiro passo para compreendermos que, no âmbito da saúde, não há escolha puramente individual. Talvez essa compreensão favoreça o início de um processo onde, ao ocuparmos espaços de tomada de decisão em políticas públicas ou de prescrição de cuidados, não deixemos de nos perceber enquanto mulheres e usuárias de um sistema de saúde.

Como vimos, há mudanças necessárias e possíveis a nível de sistema de saúde, de regulação das indústrias, de produção de conhecimento, de formação e atuação dos profissionais de saúde e de ação social. É essencial que transitemos por esses ambientes sem perder a capacidade de questionamento e a dimensão da alteridade, deslocando-nos constantemente dos espaços de saber e de poder que se tornem confortáveis demais. A solidariedade, enquanto dimensão empática e crítica, também surge como possibilidade de um exercício de indignação e de intervenção, convocando-nos a estarmos atentos aos lugares onde “doem” as diferenças e desigualdades, produzindo injustiças.

As diversas barreiras que encontramos para poder falar sobre o tema reforçam a hipótese de que a sistemática invisibilidade, imposta a determinadas pessoas, determinados assuntos e determinadas formas de pensar, ainda é uma das mais poderosas ferramentas de silenciamento e manutenção das disparidades de poder em nosso país. Esse trabalho é um grito. Mas é, também, um compromisso e um convite para que o grito se torne conversa, afirmação, ferramenta e luta. Pelas mulheres que sou e pelas outras tantas que não sou.

REFERÊNCIAS

1. Tavares GM. Jerusalém. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
2. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
3. Brasil. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Wilson JMG, Jungner G. Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1969.
5. Louise C, Walter MD, Kenneth E, Covinsky MD. Cancer Screening in Elderly Patients A Framework for Individualized Decision Making. JAMA 2001; 285(21):2750-2756.
6. Tesser CD. Cuidado(!) na prevenção do câncer: ética, danos e equívocos. Rev Bras Med Fam Comunidade 2014;9(31):180-2.
7. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGrawHill do Brasil; 1976.
8. Wardle J, Robb K, Vernon S, Waller J. Screening for prevention and early diagnosis of cancer. The American Psychologist. 2015;70(2):119-133.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais. Washington, DC: OPAS; 2016.
10. Norman AM, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 2009; 25(9): 2012-2020.
11. Gray JAM, Patnick J, Blanks RG. Maximising benefit and minimising harm of screening. BMJ 2008;336(7642): 480–483.

12. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Acesso 15 jul 2016]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
13. NCI – National Cancer Prevention. Overdiagnosis [infográfico]. United States: Division of Cancer Prevention; 2017.
14. Gøtzsche, P. C., Hartling, O. J., Nielsen, M., Brodersen, J. Screening for breast cancer with mammography (Leaflet). Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre; 2012 [Acesso 21 set 2016]. Disponível em: <http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/uploads/images/mammography/mammography-leaflet.pdf>
15. Rogers WA. Avoiding the trap of overtreatment. Medical Education 2014;48: 4–16.
16. Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. BMJ 2017;358 :j3879.
17. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016 - Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
18. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, dos-Santos-Silva I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. Cad. Saúde Pública 2014 July; 30(7):1537-1550.
19. Lima-Costa MF, Matos DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). Cad. Saúde Pública 2007; 23(7):1665-1673.

20. Dowling EC, Klabunde C, Patnick J, Ballard-Barbash R. International Cancer Screening Network (ICSN). Breast and cervical cancer screening programme implementation in 16 countries. *J Med Screen* 2010; 17: 139-46.
21. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
22. Sociedade Brasileira de Mastologia. Saiba tudo sobre câncer de mama. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Mastologia, 2016.
23. Nelson HD, Cantor A, Humphrey L, Fu R, Pappas M, Daeges M, Griffin J. Screening for Breast Cancer: A Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
24. American Cancer Society [homepage na internet]. American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms [Acesso 21 set 2016]. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-ac-s-recs>
25. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *CMAJ*. 2011;183(17):1991-2001.
26. Organização Mundial da Saúde. WHO Position Paper on Mammography Screening. Geneva: World Health Organization; 2014 [Acesso 29 set 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137339/1/9789241507936_eng.pdf?ua=1&ua=1
27. National Health System [homepage na internet]. Breast cancer screening [Acesso 21 set 2016]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/Conditions/breast-cancer-screening/Pages/Introduction.aspx>

28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en câncer del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
29. Institut National du Cancer [homepage na internet]. Le programme de dépistage organisé [Acesso 21 set 2016]. Disponível em: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
30. Ministerio de Salud de Uruguay [homepage na internet]. Preguntas frecuentes [Acesso 29 set 2016]. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/noticia/preguntas-frecuentes>
31. Ministerio de Salud de Argentina [homepage na internet]. Mamografía [Acesso 21 set 2016]. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48-temas-de-salud-de-la-a-a-la-z/556-mamografia>
32. Pace LE, Keating NL. A Systematic Assessment of Benefits and Risks to Guide Breast Cancer Screening Decisions. JAMA 2014; 311(13): 1327-1335.
33. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Informativo Detecção Precoce - Boletim ano 6, nº 1 [Acesso 21 set 2016]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/deteccao_precoce_12015.pdf>.
34. Silva FX, Katz L, Souza ASR, Amorim MMR. Mamografia em mulheres assintomáticas. Rev Saúde Pública 2014;48(6):931-939.
35. Santos JA. Rastreamento do câncer de mama: as três luzes do semáforo. Rev Bras Med Fam Comunidade 2013 Jan-Mar; 8(26):11-5.
36. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. BMJ 2009; 339:b2587.

37. Rogers WA. Feminism and public health. *J Med Ethics* 2006;32: 351–354.
38. Gøtzsche PC, Jorgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography [serialonline]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD001877.
39. Jin J. Breast Cancer Screening: Benefits and Harms. *JAMA* 2014;312(23): 2585.
40. Gummersbach E, Piccoliori G, Zerbe CO, et al. Are women getting relevant information about mammography screening for an informed consent: a critical appraisal of information brochures used for screening invitation in Germany, Italy, Spain and France. *Eur J Public Health* 2010; 20:409–14.
41. Waller J, Whitaker KL, Winstanley K, Power E, Wardle J. A survey study of women's responses to information about overdiagnosis in breast cancer screening in Britain. *BJC* 2014; 111:1831–1835.
42. Mukhtar RA, Wong JM, Esserman LJ. Preventing overdiagnosis and overtreatment: just the next step in the evolution of breast cancer care. *J Natl Compr Canc Netw* 2015;13:737–743.
43. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer de colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
44. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Burda BU, Senger CA, Lutz K. Risk Factors and Other Epidemiologic Considerations for Cervical Cancer Screening: A Narrative Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2011;155:698-705.
45. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2): s301-s309.

46. Murata IMH, Gabrielloni MC, Schirmer J. Cobertura do Papanicolaou em Mulheres de 25 a 59 anos de Maringá - PR, Brasil. Rev. Bras. de Cancerologia 2012;58(3): 409-415.
47. 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 2011;27(7): 1312-1322.
48. Girianelli VR, Gamarra CJ, Azevedo e Silva G. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. Rev. Saúde Pública 2014; 48(3): 459-467.
49. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Lin J, Burda BU, Senger CA, Holmes RS, Fu R, Zuber S. Screening for Cervical Cancer: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
50. American Cancer Society [homepage na internet]. New Screening Guidelines for Cervical Cancer [Acesso 21 nov 2016]. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/news/new-screening-guidelines-for-cervical-cancer>
51. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. CMAJ 2013;185(1): 35-45.
52. World Health Organization. WHO guidelines: WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva: WHO; 2013.
53. National Health System [homepage na internet]. Cervical screening [Acesso 21 nov 2016]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/conditions/cervical-screening-test/pages/introduction.aspx>
54. Institut National du Cancer [homepage na internet]. Dépistage du cancer du col de l'utérus [Acesso 21 nov 2016]. Disponível em: <http://www.e->

cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus

55. Ministerio de Salud de Argentina [homepage na internet]. ¿Cómo prevenir el Cáncer de Cuello de Útero? [Acesso 21 set 2016]. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/cancer-cervico-uterino/index.php/mujeres/icomprevenir-el-cancer-de-cuello-de-utero>

56. Martins LFL, Thuler, LCS, Valente JG. Cobertura do exame de papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(8): 485-492.

57. Landy R, Pesola F, Castanon A, Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. *Br J Cancer* 2016;115: 1140–1146.

58. McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol* 2008;9: 425–434.

59. Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet* 2004;364:1678–1683.

60. van Luijt PA, Rozemeijer K, Naber SK, Heijnsdijk EA, van Rosmalen J, van Ballegooijen M, de Koning HJ. The role of pre-invasive disease in overdiagnosis: A microsimulation study comparing mass screening for breast cancer and cervical cancer. *J Med Screen* 2016;23(4): 210-216.

61. Moscicki AB, Ma Y, Wibbelsman C, Darragh, TM, Powers A, Farhat S, Shiboski S. Rate of and risks for regression of cervical intraepithelial neoplasia 2 in adolescents and young women. *Obstet Gynecol* 2010;116: 1373–1380.

62. Thiery A, Akladios C, Fender M, Severac F, Baldauf JJ. Excess cervical cancer screening smears: Any benefit? A retrospective cohort in Alsace, France. *J Med Screen* 2016; pii: 0969141316647091.
63. Kolthoff SK, Hestbech MS, Jørgensen KJ, Brodersen J. Do invitations for cervical screening provide sufficient information to enable informed choice? A cross-sectional study of invitations for publicly funded cervical screening. *J R Soc Med* 2016;109(7): 274-81.
64. Miles A. *Women, Health and Medicine*. Philadelphia: Open University Press; 1999.
65. Vieira EL. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
66. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira; 1975.
67. Wolf S. *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford Press; 1996.
68. Rohden F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
69. Rogers WA, Ballantyne A. Gender and Trust in Medicine: Vulnerabilities, Abuses, and Remedies. *IJFAB* 2008;1(1): 48-66.
70. Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.
71. Mendonça GS. *Por que as mulheres não realizam o exame de mamografia?: um estudo qualitativo em atenção primária em saúde*. Trabalho de Conclusão (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2009.

72. Henriksen MJV, Guassora AD, Brodersen J. Preconceptions influence women's perceptions of information on breast cancer screening: a qualitative study. *BMC Res Notes* 2015;8: 404.
73. Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *Int J Epidemiol* 2003;32: 816-21.
74. Biller-Andorno N, Juni P. Abolishing Mammography Screening Programs? A View from the Swiss Medical Board. *New Eng Journ Med* 2014;370(21): 1965-1967.
75. Rico MA, Iriart JAB. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(9): 1763-1773.
76. Paula AF, Madeira AMF. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. *Rev Esc Enf USP* 2003; 37(3): 88-96.
77. Cruz LMB, Loureiro RP. A Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer do Colo do Útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc.* 2008;17(2):120-131.
78. Coelho SM. Influência do fator sócio cultural na adesão para realização do exame papanicolau: revisando a relevância da atuação do enfermeiro na ESF. Minas Gerais (Governador Valadares). Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] – UFMG; 2010.
79. Douglas E, Waller J, Duffy SW, Wardle J. Socioeconomic inequalities in breast and cervical screening coverage in England: are we closing the gap? *J Med Screen* 2016; 23(2): 98–103.
80. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 1979.

81. Loch JA. Princípios da Bioética. In: Kipper DJ. (editor) Uma Introdução à Bioética. Temas de Pediatria Nestlé 73. São Paulo; Nestlé; 2002. p. 12-19.
82. Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saúde Soc.* São Paulo 2016;25(2): 442-451.
83. Diniz D, Vélez ACG. Bioética feminista: a emergência da diferença. *Rev Est Fem* 1998;6(2): 255-263.
84. Diniz D, Guilhem D. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. *Estudos Feministas* 2008;16(2): 599-612.
85. Smith SG, McGregor LM, Raine R, Wardle J, von Wagner C, Robb KA. Inequalities in cancer screening participation: examining differences in perceived benefits and barriers. *Psycho-Oncology* 2016; 25: 1168–1174.
86. Toscas FS, Toscas F. El sobrediagnóstico y sus implicaciones en la Ingeniería Clínica. *Rev. Bioét.* 2015; 23(3): 538-44.
87. Bluhm R. Evidence-based medicine and patient autonomy. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 2009;2(2): 134-151
88. Martorell LB. Análise Crítica da Bioética de Intervenção: um Exercício de Fundamentação Epistemológica. Tese (doutorado) – Universidade de Brasília/Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2015. 113 p.
89. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *O Mundo da Saúde.* 2002; 26(1): 6-15.
90. Garrafa V, Porto D. Verbete: bioética de intervención. In: Tealdi JC (Org.). *Diccionario Latino-Americano de Bioética.* Bogotá: UNESCO; 2008. 161-164.

91. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Rev Bioética* 2005; 13(1): 111-123.
92. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003; 17 (5-6): 399-416.
93. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. *Bioética* 1997; 5: 27-33.
94. Little MO. Why a Feminist Approach to Bioethics? *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1996; 6(1): 1-18.
95. Rawlinson MC. The Concept of a Feminist Bioethics. *Journal of Medicine and Philosophy* 2001;26(4): 405-416.
96. Purdy LM. What can feminism do for bioethics. *Health Care Analysis* 2001;9: 117-132.
97. Diniz D, Guilhem D. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Bioética* 1999; 7(2): 181-188.
98. Bandeira L, Almeida TMC. Bioética e feminismo: um diálogo em construção. *Rev Bioética* 2008; 16(2): 173-89.
99. Sherwin S. The Relationship of Feminism and Bioethics. In: Wolf S, org. *Feminism and bioethics: beyond reproduction*. Oxford: Oxford Press; 1996.
100. Plutynski A. Ethical Issues in Cancer Screening and Prevention. *Journal of Medicine and Philosophy* 2012;0: 1-14.
101. Cadwallader JR. (Un)expected suffering: The corporeal specificity of vulnerability. *IJFAB* 2012;5(2): 105-125.
102. Segato RL. El sexo y la norma: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonidad. *Estudos Feministas, Florianópolis* 2014;22(2): 593-616.

103. Rawlinson MC, Donchin A. The quest for universality: reflections on the Universal Draft Declaration on Bioethics and Human Rights. *Developing World Bioethics* 2005;5(3): 258-266
104. Donchin A. Integrating Bioethics and Human Rights. In: Tong R, Donchin A, Dodds S. *Linking Visions: Feminist Bioethics, Human Rights and the Developing World*. Lanham: Rowman & Littlefield; 2004.
105. Rogers WA, Mackenzie C, Dodds S. Why bioethics needs a concept of vulnerability. *IJFAB* 2012;5(2): 11–38.
106. Crenshaw K. Documento para o Encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas* 2002; 1:171-188.
107. Butler J. *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
108. Baylis F, Kenny NP, Sherwin S. A Relational Account of Public Health Ethics. *Public Health Ethics* 2008;1(3): 196-209.
109. Lehtonen T, Liukko J. Producing Solidarity, Inequality and Exclusion Through Insurance. *Producing solidarity, inequality and exclusion through insurance*. *Res Publica* 2015; 21: 155–169.
110. Selli L, Garrafa V. Solidariedade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária. *História, Ciências, Saúde* 2006; 13(2): 239-51.
111. Preciado B. *Manifiesto contra-sexual*. Madrid: Opera Prima; 2002.
112. Guilhem D, Azevedo AF. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. *Rev Bioética* 2008;16(2): 229-40.

113. Creswell JW, Plano Clark V. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2007.
114. Bryman A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research* 2006; 6(1): 97–113.
115. Elm MS. How do various notions of privacy influence decisions on qualitative Internet research? In Maekman AN, Baym N. *Internet inquiry: Conversations about method*. Los Angeles: Sage; 2009. p. 69-87.
116. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70; 1978.
117. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(5): 611-14.
118. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
119. Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
120. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3040, de 23 junho de 1998. Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.
121. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 408, de 30 de agosto de 1999. Institui o SISCOLO.
122. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero; 2011 [Acesso 29 dez 2016]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF
123. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica;

define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

124. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

125. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

126. Brasil. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

127. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

128. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008. Institui o SISMAMA.

129. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.183, de 03 de junho de 2009. Altera o procedimento mamografia unilateral (02.04.03.003-0) e inclui o procedimento Mamografia Bilateral para Rastreamento (02.04.03.018-8), com financiamento pelo FAEC.

130. Ministério da Saúde. Portaria nº 531, de 26 de março de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia.

131. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2304, de 04 de outubro de 2012. Institui o Programa de Mamografia Móvel no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

132. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 maio de 2013: Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

133. Ministério da Saúde. Portaria nº 2898, de 28 de novembro de 2013. Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM).

134. Ministério da Saúde. Portaria nº 1504, de 23 julho de 2013. Institui a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Portadoras de Doenças Crônicas.

135. Ministério da Saúde. Portaria nº 3388, de 30 dezembro 2013. Redefine a 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.

136. Ministério da Saúde. Portaria nº 1253, de 12 de novembro de 2013. Altera atributos de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.

137. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

138. Governo do Estado de São Paulo. [homepage na internet]. Programa “Mulheres de Peito” oferece exames gratuitos de mamografia [acesso em 27 jun 2017]. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/programa-mulheres-de-peito-oferece-exames-gratuitos-de-mamografia/>

139. Governo do Estado de São Paulo. [homepage na internet]. Conheça os destinos da carreta Mulheres de Peito [acesso em 27 jun 2017]. Disponível em:

<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/conheca-os-destinos-da-carreta-mulheres-de-peito/>

140. Tribunal de Contas da União [homepage na internet]. Auditoria operacional sobre o uso de mamógrafos [acesso em 27 jun 2017]. Disponível em: http://portal.tcu.gov.br/data/files/F7/B2/92/D3/43CC9510EBCCDB952A2818A8/SA_D E_Auditoria%20Operacional%20sobre%20o%20uso%20de%20mam_grafos_.pdf

141. Sontag S. Doença como metáfora/ AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Resultados a partir do descritor “mamografia” na página na internet do CFM

Nº	Título	Data	Tema	Tipo	Inclusão
1	III Fórum de Combate ao Câncer acontece na próxima semana em São Paulo	26/09/2016	Periférico	Notícia	Não
2	Nova edição do Jornal Medicina destaca vitórias da categoria médica no Congresso Nacional	1º/12/2015	Periférico	Notícia	Não
3	Comissão do Senado aprova projeto que permite mamografias a todas mulheres com elevado risco de câncer	08/10/2015	Central	Notícia	Sim
4	Congresso Brasileiro de Radiologia tem inscrições abertas	17/07/2015	Periférico	Notícia	Não
5	Congresso da Sociedade de Mastologia reunirá em Curitiba mastologistas nacionais e internacionais	27/05/2015	Central	Notícia	Sim
6	Jornal Medicina do mês de abril destaca campanha de alerta do CFM sobre direito à saúde	24/04/2015	Periférico	Notícia	Não
7	CFM publica novas regras para o exercício da Telerradiologia no Brasil	17/12/2014	Periférico	Notícia	Não
8	MANIFESTO PELA SAÚDE: Médicos encaminham propostas aos presidentes	1º/10/ 2014	Periférico	Nota de posicionamento	Não
9	Edição de fevereiro do jornal Medicina está disponível para leitura on-line	06/03/ 2014	Periférico	Notícia	Não
10	CFM repudia comentários do Ministério da Saúde de que propaga “falsas informações” ao questionar restrição de acesso à mamografias bilaterais	14/02/2014	Central	Nota de repúdio	Sim
11	CFM entra na Justiça contra União por restrição no acesso à mamografia para mulheres	14/02/2014	Central	Notícia	Sim

 com menos de 50 anos

12	Bancada feminina questiona governo sobre restrição às mamografias pelo SUS	07/02/2014	Central	Notícia	Sim
13	No Dia Nacional da Mamografia, entidades denunciam: o SUS diminui prevenção ao câncer de mama e expõe mulheres ao risco de desenvolver a doença	05/02/2014	Central	Notícia	Sim
14	Ministério da Saúde recebe sugestões para plano nacional contra doenças crônicas não transmissíveis	26/07/2011	Periférico	Notícia	Não
15	Programa avaliará desempenho da rede pública de saúde	11/04/2011	Periférico	Notícia	Não
16	Mamógrafo é pouquíssimo utilizado na Saúde Pública	28/02/2010	Central	Notícia	Sim
17	Câncer de mama: Carta de Gramado faz oito recomendações para reduzir a mortalidade no país	28/10/2009	Periférico	Nota de posicionamento	Não
18	Prorrogada a consulta pública do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde	12/10/2009	Periférico	Notícia	Não
19	ANS abre Consulta Pública para revisão do rol de procedimentos e eventos em saúde	08/09/2009	Periférico	Notícia	Não
20	Mais da metade da população brasileira sofre com sobrepeso ou obesidade, mostra estudo	07/04/2009	Central	Notícia	Sim
21	Pesquisa do Ministério mostra perfil da saúde do brasileiro	07/04/2009	Central	Notícia	Sim
22	Lei que garante ações de prevenção do câncer de mama entra em vigor em abril	08/03/2009	Central	Notícia	Sim
23	Radiologia da Santa Casa do RJ debate câncer de mama	1º/02/2009	Periférico	Notícia	Não
24	Ministério da Saúde e INCA celebram acordo	05/10/2008	Periférico	Notícia	Não
25	Assembléia paulista exige regulamentação da Emenda Constitucional da Saúde	27/08/2008	Periférico	Notícia	Não
26	RS terá sistema para monitorar câncer de mama	17/07/2008	Periférico	Notícia	Não
27	Ato público em defesa do Sistema Único de Saúde	28/05/2008	Periférico	Notícia	Não
28	Câncer de mama em debate	12/05/2008	Central	Notícia	Sim

	na Câmara				
29	Lei assegura tratamento de câncer de mama e de colo de útero no SUS	29/04/2008	Central	Notícia	Sim
30	Infarto: Quando o coração falha	28/06/2006	NA	Notícia	Não
31	Dez dicas para se proteger do câncer	08/01/ 2006	NA	Notícia	Não
32	Estimativa 2006 - Incidência de câncer no Brasil	22/03/2005	NA	Notícia	Não
33	Mamografia e a responsabilidade civil e ética do médico	14/04/2003	Central	Notícia	Sim
34	Prevenção do câncer mamário, o inimigo do peito	29/11/1999	NA	Notícia	Não
35	55 Meses de gestão - Posicionamento e mobilizações (página 1)		Periférico	Nota de posicionamento	Não
				Total Incluído	13

Apêndice 2 – Resultados a partir do descritor “mamografia” na página na internet do COFEN

Nº	Título	Data	Tema	Tipo	Inclusão
1	IMAMA PROMOVE CAMINHADA DAS VITORIOSAS CONTRA O CÂNCER	15/07/2010	Central	Notícia	Sim
2	Dilma anuncia lançamento do Programa de Prevenção ao Câncer de Mama e de Colo de Útero	21/03/2011	Central	Notícia	Sim
3	Governo vai lançar exame de mama itinerante	22/06/2011	Central	Notícia	Sim
4	SUS tem mamógrafos suficientes, mas concentração regional e baixa produtividade são entraves	27/06/2011	Central	Notícia	Sim
5	Exame de sangue para detectar câncer de mama	28/06/2011	Central	Notícia	Sim
6	Núcleo Anjos da Enfermagem de RO presente na inauguração do Centro de Especialidades Médicas em Porto Velho	07/03/2012	Periférico	Notícia	Não
7	SP: Centro Universitário Senac oferece curso de pós-graduação na área da saúde	17/01/2013	Periférico	Notícia	Não
8	Outubro Rosa mobiliza sociedade contra o câncer de mama	01/10/2014	Central	Notícia	Sim
9	ANS divulga avaliação dos planos de saúde	28/09/2015	Periférico	Notícia	Não
10	Outubro Rosa: Enfermeira fiscal do Coren-BA conta como superou o câncer	21/10/2015	Central	Notícia	Sim
11	RESOLUÇÃO COFEN Nº 0527/2016	10/11/2016	Periférico	Resolução	Não
12	Mamografias realizadas no SUS crescem 41% na faixa prioritária	02/10/2012	Central	Notícia	Sim
Total incluído					08

Apêndice 3 – Resultados a partir do descritor “mamografia” na página na internet do CONTER

Nº	Título	Data	Tema	Tipo	Inclusão
1	Evento reúne especialistas	08/07/2010	Periférico	Notícia	Não
2	Especialista apresenta tecnologia em São Paulo	11/01/2011	Central	Notícia	Sim
3	Pesquisas identificam proteínas no câncer de mama avançado	25/02/2011	Central	Notícia	Sim
4	Veja quais os níveis seguros de exposição à atividade radioativa	21/03/2011	Periférico	Notícia	Não
5	Pesquisa revela principais dúvidas	20/04/2011	Periférico	Notícia	Não
6	Mamografia tomográfica aumenta em 12% a detecção do câncer de mama	03/05/2011	Central	Notícia	Sim
7	SUS tem 223 mamógrafos parados por falta de assistência técnica e de pessoal para operá-los	15/08/2011	Central	Notícia	Sim
8	Começam auditorias nos mamógrafos públicos	23/08/2011	Central	Notícia	Sim
9	CONTER orienta a prevenção de câncer. Profissionais podem sensibilizar pacientes	17/04/2012	Central	Notícia	Sim
10	Previna doenças nos seios, só depende de você!	27/11/2012	Central	Notícia	Sim
11	Inca oferece curso de atualização em Mamografia	28/11/2012	Periférico	Notícia	Não
12	MEC lança cartilhas para escolas e estudantes sobre o Pronatec, cursos técnicos e emprego	14/02/2013	Periférico	Notícia	Não
13	Mioma foi responsável pela internação de 12 mil mulheres em São Paulo, no ano passado	13/06/2012	Periférico	Notícia	Não
14	XIV Congresso Internacional da Associação Latinoamericana de Tecnólogos em Radiologia acontece no Brasil, dias 7 e 8 de dezembro	29/08/2012	Periférico	Notícia	Não
15	Para nós, o outubro não é tão cor-de-rosa assim	02/10/2013	Central	Nota	Sim
16	CFM questiona na Justiça mudança de regras para a mamografia	14/02/2014	Central	Notícia	Sim
17	Enquanto mulheres ficam sem exame, fiscal encontra mamógrafo novo encaixotado	11/09/2014	Central	Notícia	Sim
18	Cascavel/PR sediará 11º Intercâmbio Científico Internacional e 13º Encontro de Tecnologia Radiológica	26/09/2014	Periférico	Notícia	Não
19	Hoje começa o mês de conscientização sobre o Câncer de	01/10/2014	Central	Notícia	Sim

Mama					
20	Deve haver alguma coisa errada com a dosimetria das radiações ionizantes, a ver	10/12/2014	Central	Notícia	Sim
21	Excelência na formação técnica em Radiologia é matéria de capa da RET-SUS	27/03/2015	Periférico	Notícia	Não
22	CRTR 14ª Região abre cursos de capacitação para profissionais e estudantes	17/04/2015	Periférico	Notícia	Não
23	Benefícios da mamografia superam riscos associados, diz novo estudo da OMS	16/07/2015	Central	Notícia	Sim
24	Quarenta por cento das brasileiras entre 50 e 69 anos não fazem mamografia	24/08/2015	Central	Notícia	Sim
25	EPIs na gaveta causam exposição desnecessária, doenças e morte	28/09/2015	Central	Notícia	Sim
26	Especialistas questionam uso de EPIs em exames de mamografia	30/09/2015	Central	Notícia	Sim
27	Você precisa saber sobre o câncer de mama	01/10/2015	Central	Notícia	Sim
28	CRTRs se mobilizam e fazem sua parte no Outubro Rosa	28/10/2015	Periférico	Notícia	Não
29	Aplicativos facilitam a vida dos profissionais da Radiologia	25/11/2015	Periférico	Notícia	Não
30	Mulheres, contem com a gente para cuidar da sua saúde	04/10/2016	Central	Notícia	Sim
Total Incluído					19

Apêndice 4 – Resultados a partir do descritor “exame citopatológico” na página na internet do CFM

Nº	Título	Data	Tema	Tipo	Inclusão
1	Sentença da Justiça Federal proíbe biomédicos de assinarem laudos de exames citopatológicos	26/10/2016	Central	Notícia	Sim
2	Defesa profissional - Diagnóstico nosológico é exclusivo	17/10/2016	Central	Notícia	Sim
3	Justiça mantém prerrogativa dos médicos no diagnóstico citopatológico	16/10/2014	Central	Notícia	Sim
4	Nova regra torna mais claras as obrigações legais e éticas na anatomia patológica	28/07/2014	Central	Notícia	Sim
5	Lei 12.842 - Dispõe sobre o exercício da Medicina	29/07/2013	Periférico	Lei	Não
6	“Ato Médico tem tudo para ser aprovado neste ano”, aposta senador	18/04/2012	Central	Notícia	Sim
7	Médicos discutem com Lúcia Vânia a Regulamentação da Medicina	22/02/2010	Central	Notícia	Sim
8	Presidente da Fenam diz que regulamentação da medicina protegerá a população	28/10/2009	Periférico	Notícia	Não
9	Projeto que regulamenta a medicina segue para o plenário da Câmara	13/10/2009	Central	Notícia	Sim
10	Médicos pedem urgência na regulamentação da profissão	06/10/2009	Periférico	Notícia	Não
11	Ato médico volta à ordem do dia	17/08/2009	Periférico	Notícia	Não
12	TRF1: Anatomopatologia e citopatologia são de responsabilidade exclusiva do médico	15/01/2009	Central	Notícia	Sim
13	TRF1: Citopatologia é de responsabilidade exclusiva do médico	15/01/2009	Central	Notícia	Sim
14	Relator apresenta substitutivo do projeto que regulamenta a medicina	06/11/2008	Periférico	Notícia	Não
15	Lei assegura tratamento de câncer de mama e de colo de útero no SUS	29/04/2008	Periférico	Notícia	Não
16	Justiça Federal do Espírito Santo proíbe farmacêuticos de realizarem exames citopatológicos	17/07/2003	Central	Notícia	Sim
17	HPV - Perguntas e respostas mais frequentes	29/11/1999	NA	Notícia	Não
18	Mais um passo para a regulamentação da medicina	29/11/1999	NA	Notícia	Não
19	Exame citopatológico ou papanicolau “(PAP-TEST)”	29/11/1999	NA	Notícia	Não
Total incluído					10

Apêndice 5 – Resultados a partir do descritor “exame citopatológico” na página na internet do COFEN

Nº	Título	Data	Tema	Tipo	Inclusão
1	Posicionamento do Cofen, Aben e FNE sobre o impacto do Ato Médico no SUS	03/07/2013	Central	Nota de posicionamento	Sim
2	Senado aprova ato médico	18/06/2013	Periférico	Notícia	Não
3	Profissionais criticam projeto do “Ato Médico”	30/09/2011	Central	Notícia	Sim
4	Prevenção do câncer no Ana Nery completa 10 anos	30/01/2011	Periférico	Notícia	Não
Total incluído					2

Apêndice 6 – Resultados a partir do descritor “papanicolau” na página na internet do CFM

Nº	Título	Data	Tema	Tipo	Inclusão
1	MS defende em debate que vacina contra HPV não seja incluída por lei	14/12/2011	Central	Notícia	Sim
2	Ministério da Saúde recebe sugestões para plano nacional contra doenças crônicas não transmissíveis	26/07/2011	Central	Notícia	Sim
3	Projeto assegura exame papanicolau e vacina anti-HPV gratuitos	04/01/2010	Periférico	Notícia	Não
4	Artigos publicados na imprensa defendem regulamentação da Medicina	11/11/2009	Periférico	Notícia	Não
5	Pesquisa do Ministério mostra perfil da saúde do brasileiro	07/04/2009	Central	Notícia	Sim
6	Parto seguro: um direito de toda mulher	16/03/2009	Periférico	Notícia	Não
7	Infarto: Quando o coração falha	28/06/2006	NA	Notícia	Não
8	Estimativa 2006 - Incidência de câncer no Brasil	22/03/2005	NA	Notícia	Não
9	Falsa polêmica	29/11/1999	NA	Notícia	Não
10	Exame citopatológico ou papanicolau “(PAP-TEST)”	29/11/1999	NA	Notícia	Não
Total incluído					02

Apêndice 7 – Resultados a partir do descritor “papanicolau” na página na internet do COFEN

Nº	Título	Data	Tema	Tipo	Inclusão
1	Coren-PA realiza fiscalização em hospitais e unidades de saúde	04/03/2016	Central	Notícia	Sim
2	Ministério da Saúde realiza mobilização para incentivar 2ª dose contra HPV	11/09/2015	Central	Notícia	Sim
3	Postos de saúde e escolas iniciam vacinação contra HPV	10/03/2014	Central	Notícia	Sim
4	Coren- RJ oferece cursos gratuitos	08/10/2012	Periférico	Notícia	Não
5	Governo estuda vacinar meninas de nove a 13 anos contra HPV	14/12/2011	Periférico	Notícia	Não
6	RESOLUÇÃO COFEN Nº 385/2011	06/10/2011	Central	Resolução	Sim
7	COREN-TO ENTREGA ALIMENTOS DOADOS POR PROFISSIONAIS À INSTITUIÇÃO BENEFICENTE	19/04/2010	Periférico	Notícia	Não
Total incluído					04

Apêndice 8 – Resultados a partir do descritor “papanicolau” na página na internet do CONTER

Nº	Título	Data	Tema	Tipo	Inclusão
1	Conheça os cânceres que afetam o aparelho reprodutor feminino	11/03/2011	Central	Notícia	Sim
2	Serviços de radioterapia serão ampliados no país	14/08/2012	Periférico	Notícia	Não
3	Mioma foi responsável pela internação de 12 mil mulheres em São Paulo, no ano passado	13/06/2012	Central***	Notícia	Sim
4	Quarenta por cento das brasileiras entre 50 e 69 anos não fazem mamografia	24/08/2015	Central	Notícia	Sim
Total incluído					03