



RASTREAMENTO DE CÂNCERES EM MULHERES NOS SITES DOS CONSELHOS PROFISSIONAIS: ENTRE ESTEREÓTIPOS, MORALIDADES E CORPORATIVISMO

WOMEN'S CANCER SCREENING AS PORTRAYED IN HEALTH PROFESSIONAL
COUNCILS' WEBSITES:
BETWEEN STEREOTYPES, MORALITIES AND CORPORATIVISM

Laura dos Santos Boeira*

Luísa Chaves de Faria Brasil**

Dais Gonçalves Rocha***

Resumo: O rastreamento dos cânceres de mama e de colo do útero tem sido alvo de amplo debate internacional, com recomendações de faixa etária e periodicidade visando ao maior benefício possível para mulheres. Os conselhos profissionais são importantes fontes de informação e tomada de decisão sobre a exposição a esses exames. Foi feita análise de conteúdo dos *sites* de conselhos profissionais de saúde relacionados aos procedimentos de mamografia e exame citopatológico/papanicolau. Verificou-se a promoção de práticas de rastreamento que potencializam a exposição das mulheres a riscos. Há influência do mercado e do setor privado nos discursos, que reproduzem estereótipos de gênero e moralidades, inscrevendo violências institucionais nos corpos femininos.

Palavras-chave: Rastreamento. Gênero. Estereótipos. Moralidades.

Abstract: Breast and cervical cancer screening are subjects of an international debate, with guidelines being developed to define age span and periodicity in order to achieve the best possible benefit for women. The professional councils are a relevant source of information and

* Doutoranda em Psicologia Social, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. E-mail: laura.boeira@edu.pucrs.br

** Psicóloga Afirmativa, Graduada em Psicologia, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. E-mail: psicologa.luisabrasil@gmail.com

*** Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. E-mail: daisrocha@yahoo.com.br



decision-making regarding the exposure to these procedures. A content analysis of these councils' websites, related to mammogram and pap-smear procedures, was conducted. We observed the promotion of screening routines that greatly expose women to risks. There is influence from market and private sector in the councils' discourses, which replicate gender stereotypes and moralities, registering institutional violences on feminine bodies.

Keywords: Screening. Gender. Stereotypes. Moralities.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Rastreamento¹ é o exame de pessoas saudáveis (sem sintomas ou riscos específicos para o desenvolvimento de doenças) para 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. No Brasil, é adotado o modelo oportunístico para o rastreamento dos cânceres de mama e colo do útero, através do qual são convidadas a realizar os exames mulheres vinculadas aos serviços de atenção primária em saúde ou que chegam a esses por outras demandas. Esse modelo não é ideal, por não garantir ampla cobertura populacional e apresentar menor impacto na redução da morbimortalidade pela doença rastreada.

A implementação de um programa organizado de rastreamento, todavia, exige uma estrutura adequada que inclui 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 rastreamento². Programas organizados, em geral, fazem convocatórias de toda a população-alvo para o procedimento, por meio dos serviços de saúde ou mesmo contato pelos correios, e garantem o acompanhamento longitudinal da pessoa.

Todo o rastreamento possui danos inerentes e apenas alguns tipos agregam benefícios em um balanço favorável de modo a compensar os danos³. Dentre os danos conhecidos, há os resultados falso-negativos, onde os exames não detectam anormalidades existentes e trazem uma sensação equivocada de proteção às pessoas. 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 laudo⁴.

¹ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

² BRASIL. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

³ GRAY, J. Muir; PATNICK, Julietta; BLANKS, Roger. Maximising benefit and minimising harm of screening. **British Medical Journal**, United Kingdom, v. 336, n. 7642, p. 480-483, 2008.

⁴ BRASIL, 2010.



Além dos falso-negativos, há os resultados falso-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. Já o sobrediagnóstico⁵ é o diagnóstico de uma doença encontrada pelo rastreamento, a qual evoluiria tão lentamente, ou sequer evoluiria clinicamente, que não causaria prejuízos à saúde da pessoa. Uma vez diagnosticada, no entanto, essa doença incide em sobretratamento⁶, 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.

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, é comum que profissionais de saúde optem por tratar qualquer alteração como se doença fosse⁷. Pathirana, Clark e Moynihan⁸ ressaltam a importância da decisão compartilhada entre pacientes e profissionais de saúde, além de abordagem eficaz frente ao excesso de dependência e de confiança em relação aos exames e testes, de modo a reduzir os possíveis danos do rastreamento. Informações sobre os possíveis danos do rastreamento são, comumente, omitidas dos folhetos para conscientização das mulheres⁹ e, mesmo quando informadas, as mulheres parecem tomar decisões fortemente amparadas nas opiniões de profissionais de saúde¹⁰.

RASTREAMENTO DE 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 74 mil casos novos da doença no Brasil no

⁵ NCI – NATIONAL CANCER PREVENTION. **Overdiagnosis [infográfico]**. United States: Division of Cancer Prevention, 2017.

⁶ GØTZSCHE, Peter *et al.* **Screening for breast cancer with mammography (Leaflet)**. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, 2012. Disponível em: <http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/uploads/images/mammography/mammography-leaflet.pdf>. Acesso em: 21 set. 2016.

⁷ ROGERS, Wendy. Avoiding the trap of overtreatment. **Medical Education**, England, v. 48, p. 4-16, 2014.

⁸ PATHIRANA, Thanya; CLARK, Justin; MOYNIHAN, Ray. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. **British Medical Journal**, Reino Unido, v. 358, n. j3879, 2017.

⁹ GUMMERSBACH, Elisabeth *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. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 20, n. 4, p. 409-414, 2010.; KOLTHOFF, Sie *et al.* Do invitations for cervical screening provide sufficient information to enable informed choice? A cross-sectional study of invitations for publicly funded cervical screening. **Journal of the Royal Society of Medicine**, England, v. 109, n. 7, p. 274-281, 2016.

¹⁰ WALLER, J. *et al.* A survey study of women's responses to information about overdiagnosis in breast cancer screening in Britain. **British Journal of Cancer**, United Kingdom, v. 111, p. 1831-1835, 2014.



ano de 2023¹¹. É o tumor mais incidente em todas as regiões do país, com destaque para as regiões Sul e Sudeste. 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 favorecidas¹². No Brasil, o acesso à detecção precoce de câncer de mama é atravessado por marcadas desigualdades regionais, sendo o acesso mais baixo na Região Norte e mais alto na Região Sul¹³. Estudos¹⁴ verificaram maior realização de mamografias entre mulheres mais jovens, apesar do balanço desfavorável entre benefícios e danos, e embora a incidência da doença aumente com a idade. Também relacionam a realização de mamografia com o número de consultas médicas¹⁵, apontando que o acesso ao procedimento parece ser mediado por profissionais da Medicina.

As Diretrizes para detecção precoce de câncer de mama no Brasil¹⁶ indicam a realização de mamografia, procedimento indicado para o rastreamento, para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. Além disso, apontam uma recomendação contrária forte para realização de mamografia em mulheres abaixo dos 50 anos. Tal dado acompanha recomendações internacionais¹⁷ para a população de mulheres sem sintomas ou histórico familiar para câncer de mama, com Argentina, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França e Reino Unido iniciando o

¹¹ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2023** – Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

¹² WALLER, 2014.

¹³ AZEVEDO E SILVA, Gulnar *et al.* 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**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, 2014.

¹⁴ LIMA-COSTA, Maria; MATOS, Divane. 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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1665-1673, 2007.; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER [homepage na internet]. **Informativo Detecção Precoce**. Boletim ano 6, n. 1, [s.d.]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/deteccao_precoce_12015.pdf. Acesso em: 21 set. 2016.

¹⁵ LIMA-COSTA; MATOS, 2007.

¹⁶ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

¹⁷ CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. **CMAJ**, Canada, v. 183, n. 17, p. 1991-2001, 2011.; NATIONAL HEALTH SYSTEM [homepage na internet]. **Breast cancer screening**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/Conditions/breast-cancer-screening/Pages/Introduction.aspx>. Acesso em: 21 set. 2016.; MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Estrategia en cáncer del sistema nacional de salud**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.; INSTITUT NATIONAL DU CANCER [homepage na internet]. **Le programme de dépistage organisé**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>. Acesso em: 21 set. 2016.; MINISTERIO DE SALUD DE URUGUAY [homepage na internet]. **Preguntas frecuentes**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/noticia/preguntas-frecuentes>. Acesso em: 29 set. 2016.; MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA [homepage na internet]. **Mamografía**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48-temas-de-salud-de-la-a-la-z/556-mamografia>. Acesso em: 21 set. 2016.



rastreamento na faixa etária de 50 anos e realizando a cada dois anos, podendo chegar até mulheres de 74 anos.

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, há um dissenso importante com a recomendação desses primeiros e os discursos de algumas sociedades profissionais¹⁸, que indicam realização de mamografia mais precocemente e anualmente.

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 mortalidade¹⁹ em países que implantaram programas de rastreamento com cobertura adequada para a faixa etária indicada. 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.

Já os resultados falso-positivos de mamografia chegaram a 61% para exames com periodicidade anual e de 42% para exames a cada dois anos²⁰, com maior risco entre mulheres jovens. Tais resultados incidiram em novas intervenções nas mulheres e custos para o sistema de saúde²¹. No que tange ao sobrediagnóstico, estudos²² estimam que 11 a 33% de todos os tumores de mama detectados sejam efeito de sobrediagnóstico. A Cochrane alerta para o fato de o rastreamento “produzir” em escala mulheres com câncer de mama²³, sem impactar, proporcionalmente, na redução da mortalidade.

¹⁸ SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Saiba tudo sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Mastologia, 2016.; AMERICAN CANCER SOCIETY. [homepage na internet]. **American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-ac-s-recs>. Acesso em: 21 set. 2016.

¹⁹ BRASIL, 2010.; NELSON, Heidi *et al.* **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.; PACE, Lydia; KEATING, Nancy. A Systematic Assessment of Benefits and Risks to Guide Breast Cancer Screening Decisions. **JAMA**, Chicago, v. 311, n. 13, p. 1327-1335, 2014.

²⁰ NELSON, 2016.

²¹ SILVA, Flávio Xavier *et al.* Mamografia em mulheres assintomáticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 931-939, 2014.

²² NELSON, 2016.; GØTZSCHE, Peter; JØRGENSEN, Karsten. Screening for breast cancer with mammography. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, v. 6, n. CD001877, 2013.; JØRGENSEN, Karsten; GØTZSCHE, Peter. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. **BMJ**, United Kingdom, v. 339, n. b2587, 2009.; SANTOS, José Agostinho. Rastreamento do câncer de mama: as três luzes do semáforo. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 11-15, 2013.

²³ GØTZSCHE, 2012.



RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Em 2023, foram estimados 17 mil casos novos de câncer do colo do útero no Brasil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero ocupa a segunda posição nas regiões Norte e Nordeste²⁴. 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.

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 Nordeste²⁵. 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 atenção primária em saúde.

As Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero²⁶ indicam a realização do exame citopatológico para mulheres entre 25 a 64 anos, sendo os dois primeiros exames em periodicidade anual e, se ambos os resultados forem negativos, a periodicidade passa a ser a cada três anos. Tais recomendações encontram relativa consonância com outros países²⁷, como Argentina, Canadá, Espanha, França e Reino Unido, que, em geral, iniciam o rastreamento aos 25 anos e mantém periodicidade de três a cinco anos de coleta (exceto os Estados Unidos e o Uruguai que iniciam aos 21 anos).

²⁴ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022.

²⁵ GIRIANELLI, Vania; GAMARRA, Carmen; AZEVEDO E SILVA, Gulnar. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 459-467, 2014.

²⁶ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer de colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

²⁷ AMERICAN CANCER SOCIETY, [s.d.]; MINISTERIO DE SALUD DE URUGUAY, [s.d.]; MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2006.; CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendations on screening for cervical cancer. **CMAJ**, Canada, v. 185, n. 1, p. 35-45, 2013.; INSTITUT NATIONAL DU CANCER [homepage na internet]. **Dépistage du cancer du col de l'utérus**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>. Acesso em: 21 nov. 2016.; NATIONAL HEALTH SYSTEM [homepage na internet]. **Cervical screening**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/conditions/cervical-screening-test/pages/introduction.aspx>. Acesso em: 21 nov. 2016.; MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA [homepage na internet]. **¿Cómo prevenir el Cáncer de Cuello de Útero?** [s.d.]. Disponível em: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/index.php/mujeres/icomprevenir-el-cancer-de-cuello-de-uterio>. Acesso em: 21 set. 2016.



O exame citopatológico, além de ser rápido e efetivo para a detecção precoce da doença, é um exame relativamente de baixo custo enquanto intervenção populacional²⁸. O rastreamento é fortemente associado com a redução de casos de câncer de colo do útero avançados²⁹, embora o rastreamento pareça ser mais efetivo em evitar mortes por câncer de colo do útero do que evitar a doença em si.

Mulheres com menos de 25 anos apresentam maior prevalência de resultados falso-positivos no exame citopatológico do que aquelas entre 25 e 39 anos³⁰. Está descrita, na literatura científica³¹, 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 sobrediagnóstico³² da doença, especialmente em mulheres jovens³³ e entre aquelas mulheres que realizam o exame em periodicidade inferior à recomendada³⁴.

ABORDAGENS FEMINISTAS E AS MORALIDADES ATUANDO SOBRE O CORPO FEMININO

No debate sobre benefício coletivo em comparação ao individual, as abordagens feministas da bioética se questionam sobre quais são os critérios para uma pessoa ser considerada parte de uma comunidade, quais as relações de poder estão em cena nessas comunidades, quais regras regulam as pessoas, onde há desamparo e quem paga o preço por esse desamparo³⁵. No SUS, especificamente, é essencial a consideração de que o individual e

²⁸ MARTINS, Luís; THULER, Luiz; VALENTE, Joaquim. Cobertura do exame de papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.

²⁹ LANDY, Rebecca *et al.* Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. **Br J Cancer**, England, v. 115, n. 9, p. 1140-1146, 2016.

³⁰ VESCO, Kimberly *et al.* Risk Factors and Other Epidemiologic Considerations for Cervical Cancer Screening: A Narrative Review for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med.**, United States, v. 155, n. 10, p. 698-705, 2011.

³¹ MOSCICKI, Anna-Barbara *et al.* Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. **Lancet**, United Kingdom, v. 364, n. 9446, p. 167-168, 2004.; MCCREDIE, Margaret *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**, United Kingdom, v. 9, n. 5, p. 425-434, 2008.

³² VAN LUIJT, Paula *et al.* The role of pre-invasive disease in overdiagnosis: A microsimulation study comparing mass screening for breast cancer and cervical cancer. **J Med Screen**, England, v. 23, n. 4, p. 210-216, 2016.

³³ MOSCICKI *et al.*, 2004.; MOSCICKI, Anna-Barbara *et al.* Rate of and risks for regression of cervical intraepithelial neoplasia 2 in adolescents and young women. **Obstet Gynecol**, New York, v. 116, n. 6, p. 1373-1380, 2010.

³⁴ THIERY, Alicia *et al.* Excess cervical cancer screening smears: Any benefit? A retrospective cohort in Alsace, France. **J Med Screen**, England, v. 24, n. 2, p. 92-97, 2017.

³⁵ ROGERS, Wendy. Feminism and public health. **J Med Ethics**, London, v. 32, n. 6, p. 351-354, 2006.



o coletivo estão intimamente conectados. O problema de atribuímos um valor simbólico a “uma vida salva”³⁶ e, assim, justificarmos gastos públicos, defendendo entusiasticamente exames e tratamentos, é o esquecimento frente às outras vidas, tidas como socialmente desimportantes, que jazem abandonadas pelos investimentos públicos. Numa norma liberal onde as identidades individuais parecem cegas à alteridade, 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. A vulnerabilidade estaria relacionada a um conjunto de opressões sociais³⁷ vivenciadas por alguns grupos, especialmente aqueles atravessados por marcas de gênero, raça e classe, as quais poderiam confundir autonomia com coerção da vontade³⁸.

O corpo é outro elemento que possui um lugar de destaque nas abordagens feministas da bioética. Estas atentam que esse “universal masculino” inscreve seus parâmetros em corpos reais³⁹, ou, ainda, como aborda Preciado⁴⁰, 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 mundo⁴¹ e afetando sobremaneira as dimensões de autonomia e justiça.

Com esta perspectiva, 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

³⁶ PLUTYNSKI, Anya. Ethical Issues in Cancer Screening and Prevention. **Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 37, n. 3, p. 310-323, 2012.

³⁷ CADWALLADER, Jessica. (Un)expected suffering: The corporeal specificity of vulnerability. **IJFAB**, Bloomington, v. 5, n. 2, p. 105-125, 2012.

³⁸ DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. BIOÉTICA feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Bioética**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 181-188, 1999.

³⁹ RAWLINSON, Mary. The Concept of a Feminist Bioethics. **Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 26, n. 4, p. 405-416, 2001.

⁴⁰ PRECIADO, Beatriz. **Manifesto contra-sexual**. Madrid: Opera Prima, 2002.

⁴¹ GUILHEM, Dirce; AZEVEDO, Anamaria. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Rev Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 229-240, 2008.



diversidade, ao mesmo tempo em que busca os pontos de tensão onde essas diferenças se traduzem em vulnerabilidade, desigualdade e opressão. Colocam, então, como foco da análise, a pessoa em sua rede de relações sociais e se aproximam do debate sobre a colonialidade da vida, questionando o papel de mediação que esse homem-humano universal e racional é autorizado a ocupar. As políticas da esfera pública são voltadas, então, para as necessidades desse tipo ideal, em oposição às necessidades das pessoas diferentes, que passam a ocupar o lugar marginal de exceção, de particularidades que precisam ser lidadas na esfera privada⁴².

Nesse sentido, destaca-se que há um papel-chave de profissionais de saúde na articulação entre os interesses públicos e privados, e na mediação do acesso à saúde das mulheres, para garantir a efetividade das políticas públicas. Faz-se necessário reconhecer o poder e a autoridade exercidos por profissionais de saúde que atendem mulheres⁴³, os quais, não raro, se traduzem em discursos e práticas de violência institucional, intimamente conectados com uma dimensão de gênero. Essa relação hierárquica, que parece perpassar o encontro entre profissionais de saúde e as usuárias, traduz-se em violência ao restringir a autonomia, a subjetividade e a própria possibilidade de falar das mulheres⁴⁴. No entanto, a autoridade, calcada nos pilares da legitimidade técnico-científica do conhecimento e da dependência das usuárias frente a esse saber⁴⁵, raramente é reconhecida por profissionais de saúde como uma ação opressiva e violadora de direitos⁴⁶. Já a relação entre poder, violência e autoridade, exercida por profissionais de saúde, pressupõe a contrapartida de submissão e obediência por parte das usuárias⁴⁷.

A violência institucional, todavia, não diz apenas da relação entre profissional de saúde e usuária, mas, antes, encontra sustentação nas macroestruturas de uma sociedade de classes, fortemente hierarquizada e desigual. Nesse cenário, o cotidiano relacional reproduz relações de saber e poder discriminatórias entre profissionais de saúde e usuárias⁴⁸.

⁴² SEGATO, Rita Laura. El sexo y la norma: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonidad. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 593-616, 2014.

⁴³ AGUIAR, Janaina; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; SCHRAIBER, Lilia. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad Saude Publica**, São Paulo, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.

⁴⁴ CHAUI, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUI, Marilena; CARDOSO, Ruth; PAOLI, Maria Celia (org.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1985. 4 v. p. 23-62.

⁴⁵ STARR, Paul. Orígenes sociales de la soberanía profesional. In: STARR, Paul (ed.). **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América**. México: Biblioteca de la Salud/Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica, 1991.

⁴⁶ FORNARI, Lucimara *et al.* Violência institucional em unidades básicas de saúde sob o olhar de usuárias. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 673-678, 2014.

⁴⁷ AZEREDO, Yuri; SCHRAIBER, Lilia. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3013-3022, 2017.

⁴⁸ FLEURY, Sonia; BICUDO, Valéria; RANGEL, Gabriela. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v. 9, n. 1, p. 11-25, 2013.



Assim, interessa-nos, neste estudo, 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, seus benefícios e possíveis danos. Tal análise permite verificar de que forma esse tema é apresentado nas redes sociais dos Conselhos, orientando simultaneamente profissionais e a população em geral, assim como debater criticamente o papel discursivo que os profissionais de saúde ocupam socialmente e as formas de violência veladas nos conteúdos publicados.

DESENVOLVIMENTO

Metodologia

Foi realizada análise de conteúdo⁴⁹ 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. Segundo a classificação de Elm⁵⁰ 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.

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 subcategorização propriamente ditas⁵¹. Foi privilegiado o aspecto qualitativo na análise dos documentos, com definição de categorias e temas por relevância do conteúdo para o recorte do estudo.

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 março a abril de 2023, utilizando os descritores “mamografia”, “exame citopatológico” e “papanicolau” (Apêndice 1). Após leitura flutuante, os textos foram classificados

⁴⁹ BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1978.

⁵⁰ SVENNINGSON-ELM, Malin. How do various notions of privacy influence decisions on qualitative Internet research? In: MAEKMAN, Annette; BAYM, Nancy (ed.). **Internet inquiry: Conversations about method**. Los Angeles: Sage, 2009.

⁵¹ CAMPOS, Claudinei. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-14, 2004.



segundo a relevância do descritor no conteúdo. No Quadro 1, consta o total de textos encontrados e incluídos, que serão debatidos a seguir:

Quadro 1 – Textos encontrados e incluídos, por descritor e *site* pesquisado.

Descritor	Conselho	Textos encontrados	Textos incluídos
Mamografia	CFM	55	24
	COFEN	16	9
	CONTER	79	38
	Total	150	71
Exame Citopatológico	CFM	25	14
	COFEN	9	6
Papanicolau	CFM	15	8
	COFEN	20	9
	CONTER	5	3
	Total	74	40

Fonte: elaboração pelas autoras, 2023.

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.

Resultados e Discussão

Foram extraídas cinco categorias para cada descritor (Quadro 2):

Quadro 2 – Categorias referentes aos descritores “mamografia”, “exame citopatológico” e “papanicolau”.

Descritor “mamografia”	Conteúdo	Descritores “exame citopatológico/papanicolau”
Categoria 1 – Alarme: O câncer de mama é o mais incidente e a principal causa de mortes das mulheres	<p>“O quadro do câncer de mama hoje no Brasil é alarmante: 350 mil casos novos são diagnosticados a cada ano”</p> <p>“Segundo mais incidente entre as mulheres, o câncer de colo do útero mata mais de 4 mil brasileiras anualmente.”</p>	Categoria 1 – Alarme: O câncer do colo do útero é o segundo tipo mais incidente e mata mulheres no Brasil
Categoria 2 – Faixa etária e cobertura: Defesa da ampliação de faixa etária e da	“No Brasil, as sociedades médicas recomendam o rastreamento mamográfico anual para as mulheres entre 40 a 75 anos.”	Categoria 2 – Faixa etária e cobertura: Defesa da ampliação de cobertura do



<p>periodicidade dos exames de prevenção e de diagnóstico do câncer de mama</p>	<p><i>“Além disso, toda mulher deve fazer um ultrassom da mama aos 25 anos. A primeira mamografia é solicitada aos 35, a segunda aos 38 e, a partir dos 40, o exame precisa ser feito anualmente”</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>exame preventivo de câncer de colo de útero</p>
<p>Categoria 3 – Corporativismo: Ato médico e contradições entre a lei e a portaria sobre mamografia</p>	<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> <p><i>“[...]induzir a população da cidade a não aceitar que profissionais de enfermagem realizem a coleta do exame de Papanicolau para prevenção do câncer de útero.”</i></p>	<p>Categoria 3 – Corporativismo: Disputas profissionais em relação à realização e à emissão de laudos do exame citopatológico</p>
<p>Categoria 4 – Novas tecnologias: A mamografia do futuro?</p>	<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>	<p>Categoria 4 – Novas tecnologias: Vacinação para HPV</p>
<p>Categoria 5 – Moralidades e estereótipos: Se ame, se cuide: previna doenças nos seios, só depende de você!</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> <p><i>“Mulheres se amem, se cuidem e se toquem”</i></p> <p><i>“Previna-se, faça o auto-exame e compartilhe esta corrente de cuidado!”</i></p> <p><i>“Os principais fatores que aumentam o risco para desenvolvimento do câncer de colo do útero estão associados a baixas condições sócio-econômicas, como o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, o tabagismo e a higiene íntima inadequada”</i></p>	<p>Categoria 5 – Moralidades e estereótipos: Promiscuidade e falta de higiene causam câncer de colo do útero: vá regularmente ao ginecologista!</p>

Fonte: elaboração pelas autoras, 2016.

Para ambos os exames de rastreamento foram identificados um padrão similar de conteúdos: Categorias 1 – Alarme, Categorias 2 – Faixa etária e cobertura, Categorias 3 – Corporativismo, Categorias 4 – Novas tecnologias, e Categorias 5 – Moralidades e estereótipos.



O número de postagens figurando o tema da mamografia como central foi bastante expressivo ($n = 71$). No *corpus*, não há menções detalhadas sobre a linha de cuidado dos cânceres ou o funcionamento da rede de saúde, sendo que os procedimentos de rastreamento são apresentados como exames necessários, mas desarticulados das demais ações de confirmação diagnóstica e tratamento. Assim, embora o SUS seja abordado em diversos momentos, a lógica dos enunciados parece estar em consonância com o funcionamento do sistema de saúde privada, onde a pessoa acessaria cada procedimento isoladamente, sem a necessidade de referência a uma unidade de saúde. De modo a justificar as opiniões contrastantes ao Ministério da Saúde, os Conselhos recorrem a opiniões de especialistas e pequenos estudos que sustentam a faixa etária defendida.

As Categorias 1 são, em grande parte, de conteúdos que apelam para o receio das mulheres frente a grandes estatísticas de incidências e mortalidade das doenças, e estão presentes em boa parte do *corpus*. 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, observável nas Categorias 1, parece eclipsar o necessário enfrentamento à alta incidência e às mortes completamente evitáveis ocasionadas pelo câncer de colo do útero.

Com relação ao acesso à saúde, os Conselhos reconhecem, nas Categorias 2, algumas iniquidades regionais, apontando a má distribuição de equipamentos, a concentração de exames em determinadas regiões do país e as desigualdades no acesso ao diagnóstico e tratamento. Paradoxalmente, os Conselhos exigem que o procedimento de mamografia de rastreamento seja ofertado em faixa etária e periodicidade sem benefícios comprovados à mulher, além de contribuir para inflar as filas de acesso a esse exame. Sustentam, conforme demonstram as Categorias 3, 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. Há, ainda, conforme demonstram as Categorias 4, uma glamourização do consumo de novas tecnologias, cujo acesso é custoso e limitado à população.

A partir da lente das abordagens feministas da bioética, constatou-se que há, ainda, 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, como visto nas categorias 5, 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, numa esfera de cuidado, vigilância e valor social, onde idealmente ela será inserida o mais precocemente possível.

A moralidade sobre os corpos femininos desponta sutilmente na roupagem de “cuidado”. As mulheres são responsabilizadas moralmente sobre sua saúde; realizar os rastreamentos – muitas vezes de forma inefetiva – são virtudes. Tal dispositivo pedagógico de regulação do corpo da mulher existe no Brasil apresenta exemplos já no final do século XIX e meados do XX com os almanaques de farmácia⁵². Os discursos morais aliados à medicalização da vida visam modelar subjetividades e prescrever o relacionamento da mulher com seu corpo. Tais informações são legitimadas socialmente ao estarem acessíveis ao público em *sítes* de Conselhos profissionais e modelam os comportamentos desses profissionais em seus ofícios. 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 – em um exercício velado de culpabilização das mulheres e ‘imoralidade’ de seus diagnósticos positivos. Tais falas fomentam não só a dependência das mulheres em relação aos profissionais de saúde, mas, como alerta Cadwallader⁵³, inscrevem-se nos corpos definindo limites da livre exploração de suas subjetividades e sexualidades.

Alguns conteúdos não surgiram ou surgiram timidamente no *corpus*. Há um silêncio marcante, por exemplo, a respeito dos desconfortos e riscos do exame, sendo que apenas o CONTER apresentou publicações especificamente destinadas a recomendações para mulheres e debate sobre danos dos procedimentos. Ainda, 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. O CFM apresentou uma postagem, voltada a profissionais da medicina, a respeito das falhas no diagnóstico que poderiam ser caracterizadas como negligência, imprudência ou imperícia, indicando formas de proteção judicial.

No que tange à realização de rastreamento dos cânceres, a invisibilidade social de determinados grupos de mulheres, principalmente os de mulheres pobres, negras, indígenas e pessoas trans, contribui para que estejam mais vulneráveis às doenças e mais desamparadas

⁵² SANTOS, Beatriz; GERMANO, Idilva. Regulação do corpo feminino no almanaque de farmácia d’A Saúde da Mulher. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, e57854, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157854>.

⁵³ CADWALLADER, 2012.



ao acesso à saúde. A classe social e a raça são importantes elementos interseccionais para constituição dessa aparente hierarquia de vidas. Estes são outros elementos que desaparecem dos discursos dos Conselhos profissionais: o corpo para o qual os conteúdos estão endereçados parece ser um corpo branco e rico, desimplicado do tecido social que permeia a saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise do conteúdo das prescrições e normativas dos *sites* das categorias de profissionais de saúde, foram identificadas categorias de Alarme, de Faixa etária e cobertura, de Corporativismo, de Novas tecnologias, e de Moralidades e estereótipos. Na melhor das hipóteses, os conteúdos disseminados demonstram estar desatualizados, não observando as evidências científicas disponíveis sobre benefícios e danos do rastreamento dos cânceres de mama e colo de útero. Na pior das hipóteses, o conteúdo dessas publicações atende antes aos interesses do setor privado e à reserva de mercado, e produzindo discursos que assustam e culpabilizam as mulheres, acarretando prescrições e tomadas de decisões irresponsáveis nos serviços de saúde.

Ainda, a forte e sistemática resistência por parte dos conselhos profissionais para reconhecer as medidas regulatórias de indicação do rastreamento dos cânceres de mulheres, investigadas neste estudo, constitui um importante obstáculo para o avanço das políticas públicas da área. Esta situação assume contornos de “corda bamba” entre público e privado, interferindo sobremaneira no exercício da autonomia das mulheres, no cuidado possibilitado pelos profissionais de saúde e nas ofertas do SUS para essas patologias. O campo das ciências da saúde, que se fundou na desvalorização dos saberes populares, transferiu o conhecimento sobre os corpos femininos para homens da elite. Assim, observa-se ainda uma manutenção de moralidades e estereótipos de gênero no cuidado em saúde, com práticas e discursos cotidianos de violência institucional frente às mulheres.

Chama a atenção, de um lado, o câncer de mama, doença com importante visibilidade e investimento na saúde, com abordagem centrada na oferta indiscriminada de mamografias, mesmo quando há evidências apontando para os danos e para a baixa efetividade desses procedimentos na redução de mortes pela doença. De outro, o câncer de colo do útero, com tecnologia de prevenção efetiva e de baixo custo, em segundo plano dos discursos em saúde e ainda ceifando as vidas mais vulneráveis, quando o acesso aos exames é restrito por normativas de reserva de mercado profissional. Na complexa trama evidenciada pelos discursos sobre rastreamento de cânceres, futuras pesquisas devem convocar as dimensões de gênero e raça para as análises, problematizando como são distribuídas e sustentadas as vulnerabilidades que atingem todas as mulheres. Ainda, é relevante realizar estudos qualitativos que evidenciem as



percepções e os valores de profissionais de saúde em relação aos exames de rastreamento, de modo a aprofundar o entendimento das moralidades que perpassam as práticas e as relações de poder na saúde brasileira.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; SCHRAIBER, Lilia. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad Saude Publica**, São Paulo, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.

AMERICAN CANCER SOCIETY. [homepage na internet]. **American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-acs-recs>. Acesso em: 21 set. 2016.

AZEREDO, Yuri; SCHRAIBER, Lilia. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3013-3022, 2017.

AZEVEDO E SILVA, Gulnar et al. 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**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1978.

BRASIL. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CADWALLADER, Jessica. (Un)expected suffering: The corporeal specificity of vulnerability. **IJFAB**, Bloomington, v. 5, n. 2, p. 105-125, 2012.

CAMPOS, Claudinei. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-14, 2004.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. **CMAJ**, Canada, v. 183, n. 17, p. 1991-2001, 2011.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendations on screening for cervical cancer. **CMAJ**, Canada, v. 185, n. 1, p. 35-45, 2013.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUÍ, Marilena; CARDOSO, Ruth; PAOLI, Maria Celia (org.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1985. 4 v. p. 23-62.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. BIOÉTICA feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Bioética**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 181-188, 1999.

FLEURY, Sonia; BICUDO, Valéria; RANGEL, Gabriela. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v. 9, n. 1, p. 11-25, 2013.

FORNARI, Lucimara *et al.* Violência institucional em unidades básicas de saúde sob o olhar de usuárias. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 673-678, 2014.

GIRIANELLI, Vania; GAMARRA, Carmen; AZEVEDO E SILVA, Gulnar. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 459-467, 2014.

GØTZSCHE, Peter *et al.* **Screening for breast cancer with mammography (Leaflet)**. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, 2012. Disponível em: <http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/uploads/images/mammography/mammography-leaflet.pdf>. Acesso em: 21 set. 2016.

GØTZSCHE, Peter; JØRGENSEN, Karsten. Screening for breast cancer with mammography. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, v. 6, n. CD001877, 2013.

GRAY, J. Muir; PATNICK, Julietta; BLANKS, Roger. Maximising benefit and minimising harm of screening. **British Medical Journal**, United Kingdom, v. 336, n. 7642, p. 480-483, 2008.

GUILHEM, Dirce; AZEVEDO, Anamaria. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Rev Bioética**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 229-240, 2008.

GUMMERSBACH, Elisabeth *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. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 20, n. 4, p. 409-414, 2010.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER [homepage na internet]. **Dépistage du cancer du col de l'utérus**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>. Acesso em: 21 nov. 2016.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER [homepage na internet]. **Le programme de dépistage organisé**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>. Acesso em: 21 set. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer de colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2023** – Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER [homepage na internet]. **Informativo Detecção**

Precoce. Boletim ano 6, n. 1, [s.d.]. Disponível em:

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/deteccao_precoce_12015.pdf. Acesso em: 21 set. 2016.

JØRGENSEN, Karsten; GØTZSCHE, Peter. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. **BMJ**, United Kingdom, v. 339, n. b2587, 2009.

KOLTHOFF, Sie *et al.* Do invitations for cervical screening provide sufficient information to enable informed choice? A cross-sectional study of invitations for publicly funded cervical screening. **Journal of the Royal Society of Medicine**, England, v. 109, n. 7, p. 274-281, 2016.

LANDY, Rebecca *et al.* Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. **Br J Cancer**, England, v. 115, n. 9, p. 1140-1146, 2016.

LIMA-COSTA, Maria; MATOS, Divane. 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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1665-1673, 2007.

MARTINS, Luís; THULER, Luiz; VALENTE, Joaquim. Cobertura do exame de papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.

MCCREDIE, Margaret *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**, United Kingdom, v. 9, n. 5, p. 425-434, 2008.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Estrategia en cáncer del sistema nacional de salud**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA [homepage na internet]. **¿Cómo prevenir el Cáncer de Cuello de Útero?** [s.d.]. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/cancer-cervico-uterino/index.php/mujeres/icomprevenir-el-cancer-de-cuello-de-uterio>. Acesso em: 21 set. 2016.

MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA [homepage na internet]. **Mamografía**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48-temas-de-salud-de-la-a-a-la-z/556-mamografia>. Acesso em: 21 set. 2016.

MINISTERIO DE SALUD DE URUGUAY [homepage na internet]. **Preguntas frecuentes**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/noticia/preguntas-frecuentes>. Acesso em: 29 set. 2016.

MOSCICKI, Anna-Barbara *et al.* Rate of and risks for regression of cervical intraepithelial neoplasia 2 in adolescents and young women. **Obstet Gynecol**, New York, v. 116, n. 6, p. 1373-1380, 2010.

MOSCICKI, Anna-Barbara *et al.* Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. **Lancet**, United Kingdom, v. 364, n. 9446, p. 167-168, 2004.



NATIONAL HEALTH SYSTEM [homepage na internet]. **Breast cancer screening**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/Conditions/breast-cancer-screening/Pages/Introduction.aspx>. Acesso em: 21 set. 2016.

NATIONAL HEALTH SYSTEM [homepage na internet]. **Cervical screening**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/conditions/cervical-screening-test/pages/introduction.aspx>. Acesso em: 21 nov. 2016.

NCI – NATIONAL CANCER PREVENTION. **Overdiagnosis [infográfico]**. United States: Division of Cancer Prevention, 2017.

NELSON, Heidi *et al.* **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.

PACE, Lydia; KEATING, Nancy. A Systematic Assessment of Benefits and Risks to Guide Breast Cancer Screening Decisions. **JAMA**, Chicago, v. 311, n. 13, p. 1327-1335, 2014.

PATHIRANA, Thanya; CLARK, Justin; MOYNIHAN, Ray. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. **British Medical Journal**, United Kingdom, v. 358, n. j3879, 2017.

PLUTYNSKI, Anya. Ethical Issues in Cancer Screening and Prevention. **Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 37, n. 3, p. 310-323, 2012.

PRECIADO, Beatriz. **Manifiesto contra-sexual**. Madrid: Opera Prima, 2002.

RAWLINSON, Mary. The Concept of a Feminist Bioethics. **Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 26, n. 4, p. 405-416, 2001.

ROGERS, Wendy. Avoiding the trap of overtreatment. **Medical Education**, England, v. 48, p. 4-16, 2014.

ROGERS, Wendy. Feminism and public health. **J Med Ethics**, London, v. 32, n. 6, p. 351-354, 2006.

SANTOS, Beatriz; GERMANO, Idilva. Regulação do corpo feminino no almanaque de farmácia d'A Saude da Mulher. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, e57854, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157854>.

SANTOS, José Agostinho. Rastreamento do câncer de mama: as três luzes do semáforo. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 11-15, 2013.

SEGATO, Rita Laura. El sexo y la norma: frente estatal, patriarcado, desposesión, colonidad. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 593-616, 2014.

SILVA, Flávio Xavier *et al.* Mamografia em mulheres assintomáticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 931-939, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Saiba tudo sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Mastologia, 2016.



STARR, Paul. Orígenes sociales de la soberanía profesional. In: STARR, Paul (ed.). **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América**. México: Biblioteca de la Salud/Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica, 1991.

SVENNINGSON-ELM, Malin. How do various notions of privacy influence decisions on qualitative Internet research? In: MAEKMAN, Annette; BAYM, Nancy (ed.). **Internet inquiry: Conversations about method**. Los Angeles: Sage, 2009.

THIERY, Alicia *et al.* Excess cervical cancer screening smears: Any benefit? A retrospective cohort in Alsace, France. **J Med Screen**, England, v. 24, n. 2, p. 92-97, 2017.

VAN LUIJT, Paula *et al.* The role of pre-invasive disease in overdiagnosis: A microsimulation study comparing mass screening for breast cancer and cervical cancer. **J Med Screen**, England, v. 23, n. 4, p. 210-216, 2016.

VESCO, Kimberly *et al.* Risk Factors and Other Epidemiologic Considerations for Cervical Cancer Screening: A Narrative Review for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med.**, United States, v. 155, n. 10, p. 698-705, 2011.

WALLER, J. *et al.* A survey study of women's responses to information about overdiagnosis in breast cancer screening in Britain. **British Journal of Cancer**, United Kingdom, v. 111, p. 1831-1835, 2014.

Recebido em: 29 maio 2023.

Aceito em: 09 jun. 2023.