

**As políticas públicas e a atenção ao câncer do colo do útero no
Estado de Mato Grosso – uma abordagem crítica¹**

**The public policies and the attention to the uterine cervical neoplasm in the state of
Mato Grosso – a critical approach**

Atención a las neoplasias de cuello del útero en el Estado de Mato Grosso –un abordaje critico

Maria Conceição da Encarnação Villa^I, Wilza Rocha Pereira^{II}

¹ Parte da dissertação de mestrado em enfermagem de Maria Conceição da Encarnação Villa pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFTM). Apoio financeiro CNPq.

^I Enfermeira. Aluna do Mestrado em em Enfermagem da UFTM. Superintendente de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. Cuiabá, MT. E-mail: mcencarnação@hotmail.com.

^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem da UFTM e do Mestrado em Enfermagem. Cuiabá, MT. E-mail: wilzarp@terra.com.br.

RESUMO

Este estudo faz um levantamento de dados secundários, e aborda as condições atuais da atenção à saúde da mulher com câncer do colo do útero no Estado de Mato Grosso, com o objetivo precípuo de iniciar um diálogo entre estes números com o direito fundamental do ser humano: a saúde. O direito à saúde está explicitado nas políticas públicas de atenção à saúde da população através dos princípios de resolutividade, integralidade e equidade tais como são descritos na Lei Orgânica da Saúde que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A baixa motivação das mulheres no cuidado com sua saúde, está relacionada tanto às questões de ordem psicológicas e culturais, como também a precária noção de direitos sanitários e de cidadania, revelados por uma quase ausência de atos que responsabilizem legal e eticamente os serviços e profissionais de saúde em relação aos casos não resolvidos pelo sistema. O estudo aponta para a necessidade de se incrementar a participação social dos usuários, como um dos caminhos para melhorar a qualidade da atenção à saúde, reforçando os princípios constitucionais e estimulando a cidadania ativa da população.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Políticas Públicas; Câncer do colo do útero.

ABSTRACT

In this article we made a secondary data collection study on the current conditions of the attention to the woman's health with uterine cervical neoplasm in the state of Mato Grosso, with the main objective of setting up a dialog between these numbers with a fundamental right of the human being: the health. The right to health is evidenced on public policies of health attention through the principles of resolutivity, integrality and equality just like they are described in the Organic Health Law that established the National Health System (SUS) in Brazil. This low adherence is related both to women's psychological and cultural order questions and the poor notion of sanitary rights and citizenship, revealed by an almost absence of acts that responsabilize legal and ethically both health services and professionals for the cases unsolved by the system. This study points to the necessity of developing the social participation of the users, how one of the ways to develop the quality of health care reinforcing the constitutional principles and stimulating the active citizenship of the people.

Descriptors: National Health System (BR); Public Policies; Uterine cervical neoplasm.

RESUMEN

Hicimos un estudio con levantamiento sobre las condiciones actuales de atención a la salud de la mujer con cáncer del cuello del útero en el Estado de Mato Grosso con el objetivo precípuo de empezar un dialogo entre estos números con un derecho fundamental de lo ser humano: a salud. El derecho a la salud esta explicitado en las políticas de atención a la salud por medio de los principios de la resolutividad, integralidad e equidad, tales como están descritos en la Legislación Orgánica de la Salud que ha instituido el Sistema Único de Salud (SUS) en nuestro país. La baja motivación de las mujeres en el cuidado con su salud, está relacionada tanto a cuestiones de orden psicológica e culturales, como también a la precaria noción de derechos y de ciudadanía, revelados por una ausencia de actos que responsabilicen legal e éticamente a los servicios y profesionales de salud con relación a los casos sin resolución por el sistema. El estudio apunta para la necesidad de la participación social de los usuarios como uno de los caminos para mejorar la calidad de la atención a la salud, reforzando los principios constitucionales y estimular la ciudadanía activa de la población.

Descriptores: Sistema Único de Salud; Políticas Públicas; Neoplasias del Cuello Uterino.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as taxas anuais de mortalidade por câncer têm-se mantido estáveis desde 1985, porém ainda muito elevadas em comparação aos demais países com políticas de prevenção e detecção semelhantes. Dos diferentes tipos de câncer, o do colo do útero tem sido um dos mais estudados tanto em seus aspectos culturais, sociais como nos epidemiológicos. O risco de incidência desse câncer situa-se predominantemente entre 40 e 60 anos de idade, com uma percentagem mínima de ocorrências abaixo dos 30 anos⁽¹⁾.

Estudos do Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde (MS) apontam o câncer do colo do útero como o terceiro mais comum entre as mulheres e como a quarta causa de óbitos por câncer na população feminina⁽¹⁾. Mas essas estimativas de incidência e mortalidade por câncer contrariam o fato de que, dentre todos os tipos de câncer, o câncer do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, quando o diagnóstico é feito precocemente.

Nos países desenvolvidos os programas de prevenção realizados têm resultado em uma diminuição significativa na ocorrência de casos novos pelo acompanhamento cuidadoso da saúde das mulheres com detecção precoce de novos casos, o que permite atingir altos percentuais de remissão e cura⁽²⁾. Mas, nos países menos desenvolvidos, nos quais as questões das desigualdades entre os gêneros ainda são fortemente arraigadas e há uma maior submissão das mulheres aos arranjos sociais que não as favorecem como sujeito, tem resultados ainda precários, quando a questão é a atenção à saúde das mulheres e, infelizmente, o Brasil está neste grupo.

Este fato se revela quando observamos a relação entre as políticas públicas estabelecidas e as mortes de mulheres por câncer do colo do útero. Há uma flagrante discrepância entre o que é de responsabilidade dos profissionais e dos serviços - muito bem definidos na legislação em saúde - e os dados epidemiológicos, que mostram um não respeito aos direitos sanitários de grande parte da população que tem nos serviços públicos a única alternativa para tratar da própria saúde. A alta mortalidade de mulheres por um tipo de câncer que, curiosamente, tem um dos mais elevados índices de cura e com prevenção aparentemente acessível em quase todos os serviços de Atenção Básica em Saúde, é reveladora dessa situação.

Este texto propõe então um diálogo entre dados sobre o câncer do colo do útero e o direito à saúde garantida em lei e estabelecida pelas políticas públicas de saúde. Temos como pressupostos que há um desrespeito flagrante não só à pessoa que adoece por câncer do colo do útero, mas também àquela sob

risco e que deveria ser precocemente alcançada pelos profissionais de saúde do SUS.

A política nacional de atenção oncológica e o contexto da atenção ao câncer do colo de útero no Estado de Mato Grosso

O MS em sua Portaria Nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005, institui a Política Nacional de Atenção Oncológica que estabelece as diretrizes para a efetivação de estratégias coerentes com a política nacional de promoção à saúde, com a organização de uma linha de cuidados em todos os níveis de atenção e privilegiando a constituição de Redes Estaduais e Regionais de Atenção Oncológica. Estas redes devem não só avaliar os serviços, ampliar a cobertura de atendimento aos doentes de câncer, mas também realizar a incorporação tecnológica, o aprimoramento da gestão, a disseminação das informações, a promoção da educação permanente e o fomento à formação e especialização de recursos humanos e incentivos à pesquisa⁽³⁾.

Através da Lei Nº 8.461⁽⁴⁾ de 10 de março de 2006, o Estado de Mato Grosso estabelece as diretrizes da Política Estadual de Prevenção e Controle do Câncer, que define em seu artigo 2, inciso I que "todo cidadão mato-grossense tem direito ao acesso pleno aos recursos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer". As diretrizes descritas nesta lei estabelecem o "desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce, atendimento integral considerando as modalidades terapêuticas existentes, organização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada, participação da sociedade, avaliação contínua das ações e serviços, capacitação dos recursos humanos, promoção de pesquisas e cooperação com os municípios visando garantir a qualidade da assistência"⁽⁴⁾.

A competência da Secretaria de Estado de Saúde está descrita de forma detalhada e as competências de cada serviço de acordo com o nível de atenção, citando em vários artigos a consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, enfatizando as normas para funcionamento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

As ações de Atenção Primária que compreendem a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero estão estruturadas no Estado, realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, Unidades e Centros de Saúde e Policlínicas, onde praticamente todos os municípios têm profissionais capacitados para coleta do exame citopatológico do colo do útero. Os exames são realizados em laboratórios de referência regional e estadual em Cuiabá-MT, quando não há o serviço disponível na região.

As ações de Atenção Secundária que envolve consultas especializadas e exames diagnósticos mais complexos são realizadas em alguns municípios de

maior porte e que possuem uma rede de serviços mais estruturada, geralmente referências regionais. A Unidade que oferece maior resolutividade está localizada na capital do Estado, no Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade (CERMAC), que realiza a confirmação do diagnóstico, estadiamento e encaminhamento para tratamento.

Para as ações de atenção terciária ou de alta complexidade, há na capital do Estado as unidades de alta complexidade em oncologia (UNACON), que realizam o tratamento ao câncer como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e todo acompanhamento necessário ao paciente com câncer. É importante ressaltar que todas as UNACON existentes no Estado são privadas, conveniadas ao SUS, não oferecendo todas as modalidades de tratamento, levando a usuária a ser encaminhada a vários serviços para continuidade do tratamento.

De acordo com a Lei Estadual⁽⁴⁾ em seu artigo 11, o credenciamento dos serviços para a prestação da assistência ao paciente oncológico deve abranger sete modalidades integradas em estrutura hospitalar que compreende: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia e quimioterapia, bem como medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.

Para facilitar e agilizar o acesso da usuária à rede de atenção ao câncer, há na Central de Regulação Estadual, uma Central de Regulação Oncológica, que tem por função regular o acesso da população aos serviços, articulando com as Centrais Regionais de Regulação quando não há serviço especializado na região de origem com o objetivo de garantir o acesso de todo cidadão mato-grossense ao serviço e nível de atenção que necessitar.

A integralidade da atenção – uma falácia ou um conhecimento precário dos próprios direitos?

Considerando os sentidos da integralidade, as políticas de atenção ao câncer estão definidas levando em conta a integralidade das ações preventivas e assistenciais, mas na organização da rede de serviços, pode-se observar que há fragmentação em vários níveis e em serviços de alta complexidade que aparentemente oferecem todas as modalidades de tratamento, configurando-se em falácias que não se concretizam nas práticas cotidianas⁽⁵⁾. A organização e a prática cotidiana nos serviços de saúde é um dever dos profissionais da área, mas para concretizar esse serviço pensado na forma de ações concretas, outras necessidades nos são impostas e estas são bem mais complexas do que as anteriores, pois se consubstanciam através do exercício efetivo da cidadania. Para este exercício precisamos todos nós, usuários e profissionais de serviços de saúde, além de conhecer as leis que nos amparam, também demandar e estabelecer parcerias com o controle social, o Ministério Público e as

entidades organizadas por grupos de usuários do SUS para que estas leis sejam de fato postas em prática e nos defendam como cidadãos e cidadãs, pois só dessa forma teremos uma soma que amplia a efetividade das ações de saúde.

A atual legislação em saúde define as diferentes formas como a rede de assistência à saúde da mulher está estruturada no nosso país, Estado e municípios. A descentralização político-administrativa preconiza um SUS com direção única em cada esfera de governo, assim há obrigações legais tanto da União, como dos Estados e municípios na regulação do sistema. Preconiza ainda o acesso universal e igualitário, a participação da comunidade, a gratuidade do atendimento e o controle social, vigas mestras do SUS⁽⁶⁾.

Temos então de um lado o Estado brasileiro, através da sociedade civil organizada como o formulador primeiro das políticas de saúde existentes e que, no nosso país, se concretizaram pela idealização do SUS, nascido com a Constituição de 1988. Esse sistema pensado por intelectuais e profissionais de saúde de várias tendências teóricas e diferentes origens sociais, tomou forma pela Lei Orgânica da Saúde que é o instrumento jurídico fundamental para concretizar o SUS em prol da grande maioria da população brasileira que dele depende para ter suas necessidades de saúde atendidas⁽⁵⁾.

Por outro lado, temos um percentual aproximado de 85% dos brasileiros que tem no SUS o único meio para resolver seus problemas e necessidades em saúde e, desse percentual de usuários, grande parte pertence aos extratos mais desfavorecidos da sociedade no que se refere à renda familiar e níveis de escolaridade.

Nesta conjunção entre o que é oferecido legalmente e o cumprimento da lei na sua integralidade, de forma a beneficiar de fato o cidadão brasileiro, temos serviços que não só se estruturam como atendem muito precariamente as necessidades da população, apontando para a aguda fragilidade na relação entre os direitos estabelecidos e o exercício efetivo da cidadania. A mera declaração do direito não é garantia da sua concretização, o que o faz existir de fato, é a demanda efetiva dos diferentes sujeitos sociais⁽⁷⁾.

Há estudos que apontam ser a carência sócio-econômica dos usuários dos serviços públicos de saúde, representada pelos baixos níveis de escolaridade e de renda familiar, como um dos condicionadores da precarização das condições de assistência e de atendimento aos seus direitos em saúde, justamente pela capacidade prejudicada de compreensão sobre seus direitos sanitários e também pelas dificuldades de diferentes naturezas que o sistema jurídico brasileiro oferece para apoiar esses

usuários quando estes necessitam ter seus direitos atendidos⁽⁸⁾.

Para atender os mais vulneráveis socialmente, são estabelecidas as Políticas Públicas que são materializadas através de um conjunto de leis ou normas de iniciativa governamental, com ações e objetivos claros, sendo o Estado o responsável pela sua execução. Políticas de saúde específicas são as respostas governamentais dadas a certas doenças específicas e a demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos⁽⁹⁾.

As políticas de enfrentamento de certas doenças pautadas pela integralidade têm como fator marcante o fato de contemplarem tanto as dimensões assistenciais como as preventivas. Assim, elas se propõem tanto a garantir o direito dos portadores da doença às ações assistenciais de que necessitam como o direito dos não-portadores a se beneficiarem com as ações preventivas, levando em consideração as possibilidades de modificar o quadro da doença no país⁽⁹⁾. Ao analisar o contexto atual da saúde pública, enfatiza-se o desafio de que as políticas busquem superar as tensões entre as concepções de saúde tradicionais, mais centradas nos modelos tecnicista e médico-centrados e a abordagem que valoriza a cidadania e o respeito aos direitos dos usuários dos serviços. As próprias formas de organização dos serviços, frente à precária noção de cidadania vigente no nosso país, criaram espaços específicos para que o direito à saúde seja respeitado.

O câncer do colo do útero como evidência da frágil relação entre as políticas pensadas e as práticas concretas

Para avaliar a resolutividade da Atenção ao Câncer, o conhecimento da distribuição da incidência e mortalidade é de fundamental importância. No Brasil, a taxa padronizada de mortalidade por câncer do colo do útero apresenta um comportamento variável ao longo do período de 1980 a 2003, oscilando de 4,2 a 4,9 óbitos por 100.000 mulheres. Mato Grosso apresentou um crescimento da taxa padronizada ao longo desse período, com 5,4 óbitos por 100.000 mulheres no ano de 2003⁽¹⁰⁾. Na análise proporcional de óbitos por câncer do colo do útero no Brasil, observa-se de 1996 a 2003 uma variação de 54,3% em 1996 para 59,7% em 2003 e no Mato Grosso nos mesmos anos, mesmo observando-se uma diminuição de 68,6 em 1996 a 63,7 em 2003, ainda há um índice proporcional de óbitos muito elevado para um tipo de câncer que pode ser completamente curado se detectado precocemente.

Analisando a Taxa de mortalidade por câncer do colo de útero por faixa etária no período de 1980 a 2003 (Tabela1), observa-se que no país essa taxa se mantém estável para as mulheres de 30 a 59 anos e cresce entre as mulheres com 60 anos ou mais, considerando os óbitos totais do país neste período. No Estado de Mato Grosso há uma maior variação na taxa de mortalidade para mulheres de 30 a 59 anos⁽¹⁰⁾.

Tabela 1: Taxas ajustadas de mortalidade por câncer do colo do útero nos anos de 1980 e 2003

Faixa Etária	Taxa Ajustada		
	Local de Ocorrência	1980	2003
30 a 49	MT	5,5	7,8
	Brasil	6,1	6,0
50 a 59	MT	12,5	22,3
	Brasil	14,5	14,5
60 a 69	MT	15,6	19,3
	Brasil	16,8	17,7
70 e +	MT	24,4	30,1
	Brasil	21,9	23,1

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e IBGE

As taxas de mortalidade apresentam um crescimento no Mato Grosso, durante todo o período avaliado, e em 2003 apresentam valores semelhantes aos dos outros estados da região Centro Oeste, ocorrendo esse comportamento também para outras causas de morte, devendo-se esse dado a uma melhora no sistema de registro de óbitos no Estado.

Utilizar apenas as informações sobre óbito para o conhecimento da ocorrência de neoplasias malignas não permite o entendimento real da magnitude do problema, considerando que existem diferenças entre os vários tipos de câncer em função da letalidade e sobrevida. Para as neoplasias de maior letalidade, a

mortalidade permite uma aproximação do que seria a incidência, o que não acontece com aqueles de melhor prognóstico. Baseado nesta afirmação, a informação sobre a incidência define o papel de fatores de risco e estabelece prioridades na prevenção, planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde⁽¹⁾.

O número de casos novos de câncer do colo do útero para o Brasil, em 2008, foi estimado em 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100.000 mulheres. As estimativas para o ano de 2008 de número de casos novos por câncer do colo do útero, segundo localização primária em Mato

Grosso, foram de 260 casos novos, segundo o INCA/MS⁽¹¹⁾.

A avaliação da cobertura do exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a

59 anos (Tabela 2) no Estado de Mato Grosso, mostra uma diminuição do número de exames coletados de 2002 a 2005, e ainda com o resultado abaixo da meta pactuada.

Tabela 2: Razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária, nos anos de 2002 a 2005

Ano	Meta	Resultado
2002	≥ 0,15	0,18
2003	≥ 0,23	0,12
2004	≥ 0,23	0,15
2005	≥ 0,25	0,17

Fonte: DATASUS/MS.

O MS recomenda que toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve submeter-se a exame citopatológico do colo do útero periódico, especialmente se estiver na faixa etária entre 25 e 59 anos de idade⁽¹²⁾. Os índices da Tabela 2 mostram que a realização da prevenção do câncer do colo do útero de Mato Grosso, não abrange mulheres na faixa etária prioritária, contribuindo assim, para a elevação dos indicadores de mortalidade por câncer do colo do útero.

Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos (em um intervalo de um ano) apresentarem resultado normal, o exame pode passar a ser feito a cada três anos⁽¹²⁾. O conhecimento da finalidade desse exame influencia a mulher a se submeter ao mesmo, resultando em uma maior e mais consciente procura, enquanto que a desinformação sobre a doença e o exame prejudica a mulher na procura dos cuidados preventivos⁽¹³⁾. O câncer do colo do útero apresenta aspectos epidemiológicos, etiológicos e evolutivos conhecidos que permitem sua detecção em estágio inicial, com grande chance de cura e a realização do exame é relativamente simples e acessível na rede pública de saúde em todos os municípios do Estado.

A saúde como direito legal e como política de Estado

A lei define o padrão de atuação para toda a sociedade e para atuação do Estado. Não há um só Estado-nacional na atualidade que não seja instituído por leis, e nem há os que não se utilizem de algum tipo de ordenamento legal e que não busquem, pela normalização, estabelecer uma comunicação entre os elementos que o constituem⁽¹⁴⁾. O Estado aparece assim como um agente criador de leis e as cria por via legal, através de conjuntos de normas que define as representações na sociedade, levando assim a um presumível ordenamento das relações entre os diferentes poderes que deve terminar por definir uma realidade social unificada para todo o coletivo a ele submetido⁽⁷⁾.

Pela Constituição Brasileira, em seu artigo 196 "a saúde é um direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Esse artigo indica que a compreensão de saúde vai além do entendimento comum de ausência de doença, e que o Estado tem o dever de garantir esses direitos⁽⁶⁾.

Ao observar a experiência brasileira na construção do direito à saúde, assim como da própria política de saúde – o SUS – no Estado brasileiro, identifica-se um processo de ampliação e multiplicação de sujeitos, identidades e interesses, que configuram mudanças na relação entre Estado e sociedade, e essas transformações se dão cotidianamente nas relações institucionais⁽⁶⁾.

Um dos principais aspectos da transformação política da sociedade contemporânea e fundamento dos movimentos emancipatórios decorre da construção de uma utopia social baseada nos direitos humanos e no indivíduo como princípio moral. Para que esse processo aconteça deve ser denunciada a distância entre norma e fato social, ou seja, a igualdade assumida em lei e as condições reais de desigualdade e injustiça social e os direitos reivindicados⁽¹⁵⁾.

A efetiva conquista da cidadania só estará configurada como tal, quando houver autonomia dos sujeitos sociais, com o direito de responsabilmente promoverem suas escolhas, ultrapassando o âmbito exclusivo do acesso a determinados serviços e benefícios⁽¹⁶⁾. A luta pela conquista social do direito à saúde precisa estar pautada em um duplo movimento: de um lado, deve-se lutar pela melhoria das condições de vida da população através das políticas públicas, de outro, intensificar a luta pela conquista do direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, fundamentado na participação da população e na integralidade das ações⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aparato legal referente às diretrizes e estratégias para o controle do câncer, e em especial

o câncer do colo do útero, contempla todos os aspectos da atenção à saúde, norteando todos os serviços do Estado. Portanto as Políticas Públicas estabelecidas cumprem com a sua prerrogativa principal de garantir o direito à mulher às ações assistenciais e preventivas que necessita, e estão pautadas pelo princípio da integralidade.

Quando relacionamos os indicadores de mortalidade com a legislação federal e estadual, percebemos a necessidade premente de ampliar o conhecimento da população feminina acerca dos direitos à assistência à própria saúde nos três níveis de complexidade, como garantidos em lei. Só o exercício efetivo da cidadania através da ação concreta e reivindicação das usuárias do Sistema Único de Saúde por acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde pode levar ao cumprimento das responsabilidades do Estado e dos profissionais de saúde em atender, de fato e de forma oportuna, a saúde e garantir a vida da mulher. Além da responsabilidade individual de cada mulher em cuidar de sua saúde, o conhecimento da população feminina sobre os direitos à assistência à própria saúde, como garantidos em Lei e a responsabilidade social do Estado frente aos indivíduos se concretizam na eficácia dos serviços públicos e na qualidade da atenção à saúde.

Finalizamos enfatizando a necessidade de refletir sobre as implicações éticas das ações dos profissionais de saúde e sua co-responsabilização em perceber o sujeito e suas necessidades além do corpo ou segmento do corpo doente, e o seu agir diário, seja no mundo da vida, onde todos circulamos, ou no mundo do trabalho em saúde, no qual alguns de nós circulam. Não há como desvincular a cidadania dos usuários com a dos trabalhadores, pois ambos são possuidores de direitos que, somados, redundam em qualidade de vida para todos, numa relação simétrica entre ambos, sendo portadores dos mesmos direitos e se assumindo como sujeito de mudança.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Falando sobre Câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002.
2. WHO | Cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization (SW) [cited 2009 dez 30]. Cancer. Available from: <http://www.who.int/cancer/en/>.
3. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.439/05 – Política Nacional de atenção oncológica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.
4. Lei Nº 8.461/06. Política Estadual de Prevenção e Controle do Câncer. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso (Cuiabá). 2006.
5. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser

definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

6. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8.080/90 e 8.142/90). Campinas: Editora da UNICAMP; 2002.

7. Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática; 1997.

8. Bellato R, Pereira WR. Direitos e Vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na Enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005;14(1):17-24.

9. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004;20(5):1411-6.

10. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

11. Portal da Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA (BR) [cited 2008 mar 01]. Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil e nas cinco regiões. Available from: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793.

12. Portal da Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA (BR) [cited 2008 jul 10]. Câncer do colo do útero. Available from: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326.

13. Chubaci RYS, Merighi MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005;5(4):1519-3829.

14. Dallari DA. Elementos de uma teoria geral do Estado. São Paulo: Saraiva; 2001.

15. Bodstein R. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2003;8(1):19-32.

16. Cohn A. Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2003;8(1):9-18.

17. Pinheiro R, Luz MT. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ/IMS/ABRASCO; 2005. p. 7-34.

18. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. Texto Contexto Enferm. 2005;14(1):82-8.

Artigo recebido em 20.05.08.

Aprovado para publicação em 14.08.09.

Artigo publicado em 31.12.09.