



Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

## DESIGUALDADE SOCIAL E CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

KARINA ISABEL VIEIRA DE ALMEIDA<sup>1</sup>

**Resumo:** O câncer é uma questão de saúde pública mundial e a segunda causa de morte da população por doença. O câncer do colo do útero é a terceira neoplasia mais incidente na população feminina brasileira. A desigualdade social é um fenômeno que possui relevância tanto no risco ao adoecimento por câncer, quanto nas condições de acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença. Este estudo trata-se de uma revisão sistemática, baseado no modelo Cochrane. E como resultado verificou-se uma correlação direta entre o nível de pobreza e casos avançados de câncer do colo do útero.

**Palavras-chave:** Câncer; Câncer do colo do útero; Desigualdade social.

**Abstract:** Cancer is a global public health issue and the second leading cause of death in the population due to illness. Cancer of the cervix is the third most frequent neoplasm in the Brazilian female population. Social inequality is a phenomenon that has relevance both in the risk to cancer, and in the conditions of access of the population to the early diagnosis and treatment of the disease. This study is a systematic review based on the Cochrane model. And as a result, there was a direct correlation between the level of poverty and advanced cases of cervical cancer.

**Keywords:** Cancer; Cancer of the cervix; Social inequality.

### 1 INTRODUÇÃO

A palavra câncer tem a sua origem do grego *karkínos*, que significa caranguejo e foi utilizada pela primeira vez por Sócrates, que viveu entre os anos 460 e 377 a.C. (INCA,2017). Não é uma doença nova, pois foi detectada em múmias egípcias, o que comprova que já atingia o homem há mais de 3 mil anos.

Hoje, a neoplasia maligna, mais comumente conhecida como *câncer* é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que tem por semelhança o crescimento desordenado das células que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos (INCA,2017).

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. E-mail: <karinaivalmeida@gmail.com>

O câncer é considerado uma questão de saúde pública mundial, devido a sua incidência e pela alta taxa de mortalidade. No Brasil, é a segunda causa de morte da população por doença, ficando atrás somente das doenças cardiovasculares (INCA,2009). Para o ano de 2030, a organização mundial de saúde (OMS) estima que haverá 27 milhões de casos novos, sendo apontado maiores índices de mortalidade para países em desenvolvimento (WHO,2008). Tendo em vista o impacto dessa problemática, o Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano de 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica, por meio da Portaria GM 2.439/05, que preconiza ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Dentre essas ações, o controle dos cânceres de mama e colo do útero são prioridade, pois possuem alta taxa de incidência e possibilidade de redução da taxa de morbi-mortalidade por meio do rastreamento populacional.

Dentre os cânceres femininos, o câncer do colo do útero é a terceira neoplasia mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os tumores de pele não melanoma (INCA,2017). Para o Brasil, estimam-se 16.370 casos novos de câncer do colo do útero para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco de estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres (INCA,2018). É o tipo de câncer mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil) e ocupa a segunda posição no Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil), e a quarta posição no Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil) (INCA,2017). Dessa forma a doença é considerada caso de saúde pública no Brasil por sua elevada dimensão e possibilidade de controle mediante ações organizadas para prevenção e detecção precoce.

A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas por meio do rastreamento para a detecção e tratamento das lesões escamosas intra-epitelial de alto grau, precursoras do câncer invasivo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com uma cobertura da população-alvo em torno de 80 a 100% pelo exame conhecido como *papanicolau* e uma rede organizada para diagnóstico e seguimentos adequados, é possível reduzir em média 60 a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população,isto é, câncer do colo do útero (WHO, 2002).

A estratégia de rastreamento adotada pelo Brasil para o controle do câncer do colo do útero é pela oferta do exame papanicolau ,mencionado anteriormente, para as mulheres na faixa de 25 a 64 anos, consideradas a de maior risco (INCA,2017). De acordo com estudos e a literatura, a incidência desse tipo de câncer tem como fator principal o vírus do papiloma humano (HPV), mas não é a causa suficiente para sua evolução. Existem outros fatores relacionados: início precoce da atividade sexual; multiplicidade de parceiros; baixa escolaridade e renda; multiparidade e história de doenças sexualmente transmissíveis (BRINTON, 1992).

Nesse sentido, os determinantes sociais de saúde possuem relevância tanto no risco ao adoecimento por câncer, pois os usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade social estão mais expostos a fatores de risco, quanto nas condições de acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença (SILVA, 2015). Com isso, compreende-se o câncer como expressão das determinações estruturais da realidade brasileira, sob as quais se condicionam as desigualdades sociais, o desmonte das políticas sociais e de saúde.

Para seu enfrentamento, além da questão epidemiológica, gestão de serviços, investimento financeiro para a estruturação da atenção oncológica e implementação de tecnologias em saúde é necessário desvelar as condições de vida dos sujeitos adoecidos pelas diferentes patologias oncológicas (LAURA,2014).

Segundo Solidoro (2010), pesquisas apontam que populações com condições socioeconômicas precárias possuem maior proporção de diagnóstico tardio de neoplasias passíveis de detecção em estágio inicial por rastreamento, maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado; péssimo prognóstico e menor sobrevida pós câncer; maior risco de óbito por câncer e por tipos de câncer potencialmente curáveis.

Nesse sentido, o próprio adoecimento,para além das características e fatores biológicos da própria doença, expressa também a manifestação direta da precariedade das condições de vida, das dificuldades de acesso à atenção primária e secundária, da desarticulação entre os níveis de atenção em saúde,

isto é, da fragmentação e focalização, além da configuração atual das políticas de proteção social no país (SANTOS, 2016).

De acordo com Silva (2015), dentre os determinantes sociais de saúde que perpassam o processo de adoecimento e o tratamento oncológico, destacam-se: as condições de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) para diagnóstico; as condições de acessibilidade, levando em consideração as necessidades de transporte, hospedagem e alimentação mediante distância entre local de moradia e a unidade de tratamento; a manutenção dos meios de subsistência; trabalho e renda; manutenção dos vínculos sociais e familiares; a relação entre as condições de moradia e as necessidades de cuidado requeridas pelo tratamento. Somam-se a esses fatores a fragilização física decorrente do adoecimento por câncer e pelos efeitos físicos do tratamento.

Dessa forma, compreende-se que as expressões da questão social influenciam nas questões inerentes ao adoecimento e tratamento oncológico. A questão social é uma categoria que se apresenta como o conjunto de desigualdades econômicas, políticas, culturais e sociais que se refletem diretamente na vida desses sujeitos inseridos no modo de produção capitalista. As expressões da questão social se revelam diariamente na vida dos sujeitos como o desemprego estrutural, trabalho escravo, precariedade no trabalho, fome, analfabetismo, miséria e etc.

De acordo com Travassos (2012), a população menos privilegiada, ou seja com condições sócioeconômicas precárias possuem maior risco de adoecer e de vir a morrer do que a parcela da população mais privilegiada.

Esse e outros autores e autoras, colocam que as condições de saúde de uma população estão fortemente associados aos padrões de desigualdades sociais existentes na sociedade, compreendendo assim que essas desigualdades se manifestam também no acesso e na utilização dos serviços de saúde, o que é uma expressão direta da própria característica e configuração dos sistemas de saúde. Com isso, entende-se que modificações nas características dos sistemas de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais. Isso porque as condições de

saúde são preponderantemente influenciadas por fatores que afetam diferentemente os grupos sociais, tais como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, dentre outros.

Para Netto (2007), na sociedade em que vivemos, constituída por formações econômico-sociais fundadas na dominância do modo de produção capitalista, a pobreza e desigualdade estão intimamente vinculadas: é inerente ao modo de produção capitalista a exploração, de que decorrem a desigualdade e a pobreza.

Face ao exposto, este estudo tem como objetivo geral, analisar a partir de revisão sistemática estudos que investigam a correlação existente entre a desigualdade social e a incidência e mortalidade de câncer do colo do útero. E como objetivos específicos, tem-se: o levantamento de artigos científicos que tratem de desigualdade social e a incidência e mortalidade de câncer de colo do útero nas bases de dados disponíveis, com utilização de revisão sistemática que será melhor definida na seção subsequente.

## **2 METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática que pode ser entendida como uma revisão de uma pergunta formulada de forma clara, que utiliza métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e coletar e analisar dados desses estudos que são incluídos na revisão (GALVÃO, 2015). Dessa forma a questão norteadora da pesquisa foi definida da seguinte forma: *Como o fenômeno da desigualdade social se correlaciona com a incidência e mortalidade por câncer do colo do útero?*

Para a consecução da revisão sistemática neste estudo, foi utilizado o modelo Cochrane, definido por Higgins e Green (2011). Esse modelo é dividido em cinco fases, que podem ser resumidamente definidas da seguinte maneira: *Fase 1* - Escolha das bases de pesquisa e elaboração dos critérios; *Fase 2* - Seleção de palavras-chave de impacto de acordo com os descritores padronizados por cada base de dados; *Fase 3* - Levantamento dos títulos e

resumos dos artigos; *Fase 4* - Aplicação de critérios de inclusão, seleção e levantamento dos artigos na íntegra; *Fase 5* – Avaliação, interpretação dos artigos incluídos no estudo e síntese do conhecimento.

*Fase 1 – Escolha das bases de pesquisa e elaboração dos critérios*

Optou-se pela seleção da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs e Scielo como bases de dados de interesse. O processo de escolha se deu por serem bases de dados de relevância no meio acadêmico e por disponibilizarem conteúdo de pesquisas na área de ciências humanas e oncologia, contribuindo assim, para a discussão deste estudo.

Para o levantamento de material, foi considerado os seguintes **critérios de inclusão**: C1. Ser redigido em língua inglesa, portuguesa e/ou espanhola; C2. Artigo disponibilizado na íntegra; C3. Abordar exclusivamente o tema desigualdade social e câncer de colo do útero; C4. Artigo no período de 2007 a 2017. Por sua vez, foram definidos estes **critérios de exclusão**: CE1. Artigo redigido em outra língua que não sejam as citadas acima; CE2. Artigos que abordem outros tipos de câncer; CE3. Artigos anteriores a 2007; CE4. Artigos que falem sobre câncer de colo de útero, mas com outra categoria e não a desigualdade social; CE5. Artigos que só possuem resumo; CE6. Artigos que não abordem o tema selecionado.

*Fase 2 - Seleção de palavras-chave de impacto de acordo com os descritores padronizados por cada base de dados:*

**BVS Medline:** iniquidade social ; *social inequity*; inequidade social

Neoplasias do Colo do Útero ; *Uterine Cervical Neoplasms* ; *Neoplasias del Cuello Uterino*.

**Lilacs:** Iniquidade Social ; *Social Inequity* ; Inequidad Social

Neoplasias do Colo do Útero ; *Uterine Cervical Neoplasms* ; *Neoplasias del Cuello Uterino*.

**Scielo:** Pobreza e câncer de colo do útero ; *Social inequity and uterine cervical neoplasms*.

Cada base de dados apresentava o seu próprio descritor, fazendo necessário a pesquisa de cada descritor padronizado nas três bases de dados. Optou-se por incluir todos os descritores, para maior aporte de material encontrado.

Após a seleção, foi realizado uma compilação dos artigos coletados, de acordo com as suas informações que gerou como resultado a Tabela 1 (vide anexo). Os dados foram divididos em categorias, com o objetivo de sistematizar os dados e favorecer uma melhor compreensão do material pesquisado, a saber: base de dados de pesquisa, título do artigo, autor, ano de publicação, incluído ou não incluído.

Os artigos foram incluídos por estarem publicados em periódicos, lançados nas bases de dados de janeiro de 2007 a dezembro de 2017, disponíveis na íntegra.

#### *Fase 3 - Levantamento dos títulos e resumos dos artigos*

Nesta etapa foi realizado a leitura dos títulos e resumos dos artigos. Foram selecionados os artigos que contemplavam os critérios de inclusão já citados anteriormente e abordavam o tema proposto.

#### *Fase 4 - Aplicação de critérios de inclusão, seleção e levantamento dos artigos na íntegra.*

Para esta fase, foi levado em consideração os critérios de inclusão, para selecionar e levantar os artigos encontrados. O material foi lido de forma integral, levando em consideração os seguintes tópicos: objetivos; instrumentos utilizados, delineamento metodológico, resultados e discussões.

#### *Fase 5 - avaliação, interpretação dos artigos incluídos no estudo e síntese do conhecimento.*

Foi composta somente pelos artigos que foram selecionados em todas as etapas precedentes, sendo analisado os itens conceituais dentro da análise do tema desigualdade social e câncer do colo do útero e sintetizado as informações coletadas.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da revisão sistemática, teve como embasamento os critérios de exclusão e os objetivos deste trabalho. No total de todas as bases de dados, foram encontrados 129 artigos. Na base de dados Scielo, um artigo, na BVS Medline, 120 artigos, e na Lilacs, um total de 08 artigos, contabilizando os três idiomas escolhidos para esta revisão sistemática.

Conforme os critérios de exclusão, 118 artigos não foram selecionados, pois estavam redigidos em outra língua não citada anteriormente, assim como artigos que abordem outros tipos de câncer, artigos anteriores a 2007, artigos que falem sobre câncer de colo de útero, mas com outra categoria e não a desigualdade social, artigos que só possuem resumo e artigos que não abordem o tema selecionado.

Com isso, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos, foram selecionados 15 artigos para leitura completa, destes artigos foram incluídos 08 artigos para a discussão, em que foi realizada uma leitura considerando os seguintes critérios já mencionados anteriormente: ser redigido em língua inglesa, portuguesa e/ou espanhola; artigo disponibilizado na íntegra; abordar exclusivamente o tema desigualdade social e câncer de colo do útero; artigo no período de 2007 a 2017.

Na sua maioria, os estudos encontrados abordavam sobre desigualdade social, pobreza, precariedade sócio econômica e a incidência por câncer do colo do útero e a alta taxa de mortalidade nos países em desenvolvimento. Traziam como causa para a alta incidência, a baixa cobertura de rastreamento, diagnóstico em estágio avançado e o não acesso da população de risco aos exames preventivos e aos serviços de saúde.

De acordo com Gutiérrez (2008), 72% das mortes causadas por câncer se produzem em países de renda média e baixa. Se estima que o número de mortes anuais continuará aumentando, com um incremento de 45% entre os anos de 2007 e 2030, chegando a 11,5 milhões de mortes.



Pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde - OMS, a prevenção primária e secundária são fundamentais para a luta contra as neoplasias malignas, sendo muito importante a educação em saúde que a população deve receber, para reconhecer a importância de evitar exposições e hábitos de risco, assim como tomar conhecimento da importância da necessidade das avaliações médicas periódicas para um diagnóstico precoce (GUTIÉRREZ,2008).

O nível sócio econômico é um fator estreitamente relacionado com o estado de saúde da população. Foi descrito em diversos estudos internacionais, tanto em países desenvolvidos, como em vias de desenvolvimento, que diferentes indicadores de pobreza estão associados a piores estados de saúde e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Os resultados do estudo de Gutiérrez (2008), mostram que a pobreza se encontra relacionada com uma menor oportunidade de detecção precoce das neoplasias de colo do útero e de mama. Sinaliza que os habitantes de zonas pobres têm 10% menos chance de sobrevivência após cinco anos do diagnóstico do câncer, em comparação com áreas de maior renda. Propõe que as diferenças entre diferentes estratos socioeconômicos nas práticas de diagnóstico precoce de câncer ginecológico podem reduzir quando se promove uma participação ativa das mulheres, quando as barreiras culturais e econômicas de acesso a serviços de saúde são eliminadas e quando se oferece um adequado suporte social.

Para Müller (2009), há neoplasias malignas que são associadas à pobreza, como o câncer do colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral. Para a mesma, esse fator é consequência de exposição a fatores de risco, como os ambientais, os relacionados à industrialização e sobretudo às disparidades sociais. A literatura demonstra que tanto o câncer de colo do útero como o de mama têm bom prognóstico, se diagnosticado e tratado precocemente. E o diagnóstico tardio tem sido o motivo para as elevadas taxas de mortalidade.

Gamarra (2010), afirma que o câncer do colo do útero apresenta um longo período de evolução com lesões precursoras que podem ser detectadas precocemente, o que faz que esse tipo de câncer seja um dos mais altos

potenciais de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer. Nesse sentido, de acordo com Schiffman e col. Por Marcondes (2004), as grandes reduções de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero nos países desenvolvidos se devem à prática do exame Papanicolau. Isto porque este tipo de câncer quando diagnosticado e tratado precocemente em fase inicial é altamente curável com êxito de cura na maioria dos casos (AQUINO,1991). No entanto, na América Latina, uma das regiões com maior incidência, o câncer de colo do útero permanece um grave problema de saúde pública (NETO, 1994). Atualmente, a causa mais aceita para o câncer do colo do útero são as infecções por alguns tipos do vírus Papiloma Humano (HPV), transmitida por via sexual. No entanto, sabe -se que o HPV é o principal fator para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, mas não é causa suficiente para sua evolução, junto com o vírus, existem outros fatores ambientais, sociais, culturais e econômicos.

No estudo realizado por Muller (2008), há a identificação de coeficientes por mortalidade de câncer de colo do útero, que revelaram valores mais elevados nas regiões com piores condições socioeconômicas. Observa-se que no Brasil, as ações de intervenção e controle do câncer de colo do útero se mostram limitadas e incompatíveis com as reais necessidades da população feminina de maior risco.

Acredita-se que uma melhor estruturação da rede primária e secundária de atendimento poderia contribuir para a melhoria da qualidade e a efetividade das ações programáticas de saúde destinadas às mulheres. No entanto, de acordo com a pesquisa citada, evidenciou-se que mesmo diante dos avanços tecnológicos que proporcionam uma melhora no diagnóstico e do tratamento, ainda há retardo no diagnóstico devido a fatores sociais, econômicos e culturais (COELHO,1998).

Por sua vez, a pesquisa realizada por Nicolau (2015), nas prisões brasileiras constata que pouco se prioriza a promoção da saúde da mulher, prevenção de DST, HIV, bem como do câncer de colo de útero e que o plano de fundo social e econômico desfavorável junto aos comportamentos de risco, adotados antes

e durante o cárcere, favorecem a maior vulnerabilidade ao câncer do colo do útero em mulheres privadas de liberdade.

De acordo com Mandelblatt (1991), a probabilidade de uma mulher negra entre 70 a 74 anos de idade, solteira, com baixa renda e escolaridade e que frequenta hospital público é de 2,54 vezes maior de ter um câncer de colo do útero em estágio avançado do que uma mulher branca, de 40 a 44 anos, com uma renda mais elevada, com uma boa educação, casada e com acesso a um hospital privado. Este estudo demonstrou que pessoas idosas, negras, com situação socioeconômica mais baixa e que utilizam hospital público estão em risco extremamente alto de terem o diagnóstico de câncer de mama e câncer de colo do útero em estágio avançado.

Para Carvalho (2004), o câncer do colo do útero é uma doença para qual o conhecimento técnico científico construiu mecanismos efetivos, de fácil execução e de baixo custo, para prevenção, detecção e tratamento precoce da doença.

Segundo o Inca (2018), em 2012 estimaram 266 mil mortes por esta neoplasia, correspondendo a 7,5% de todas as mortes por câncer em mulheres. Isso significa que um segmento expresso da população não tem acesso aos serviços de prevenção e detecção precoce do CCU.

O problema do câncer do colo do útero é uma expressão da questão social, o que implica ultrapassar a dinâmica do cotidiano dessas mulheres, que se expressa no espaço particularizado da assistência oncológica e revelar as determinações estruturais da realidade brasileira, sob as quais se condicionam as desigualdades sociais, a pobreza e as institucionalizações das políticas sociais e da política de saúde (CARVALHO,2004) .

Constata-se que temos um modelo de saúde pública que não tem interagido com as características sociais, econômicas e culturais da população, como preconizado na Reforma Sanitária Brasileira .

Sanjosè (1997) afirma que uma característica marcante do câncer do colo do útero é sua consistente associação em todas as regiões do mundo como o baixo nível sócio econômico, ou seja, com os grupos que tem maior vulnerabilidade social. E Pearce (1997) assinala que na maioria dos países

industrializados , os estudos tem encontrado, reiteradamente, forte associação entre classe social e câncer, com quase o dobro do risco relativo de câncer, quando se compara o grupo menos favorecido com o mais favorecido.

Além do mais, a escolaridade tem sido um fator destacado nos estudos relacionados ao câncer de colo do útero. A educação vem a ser uma questão essencial, pois os limites educacionais podem comprometer a compreensão das mulheres quanto à prevenção de doenças, especificamente do câncer do colo do útero, o processo de evolução da doença e a adesão aos programas de prevenção.

A dimensão do câncer de colo do útero no Brasil é um dos exemplos da contradição que vivemos, pois os avanços tecnológicos e o conhecimento científico não tem traduzido em melhoria nas condições de vida e do acesso aos serviços de saúde para a população como um todo.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo por meio de uma revisão sistemática nos permite mapear como o tema da desigualdade social perpassa a incidência, o diagnóstico tardio e a mortalidade por câncer do colo do útero. Coloca-nos diante de um panorama que demonstra que além de investimento em rastreamento e tecnologias de ponta, há de se conhecer a realidade, as condições de vida destas mulheres que são consideradas mais vulneráveis aos riscos do câncer do colo do útero.

Conhecer o seu território, a sua rede de apoio sócio familiar, a sua rede interinstitucional, as dificuldades enfrentadas por estas mulheres em seu cotidiano de vida e os limites que incluem o não acesso, ou as barreiras aos serviços de saúde disponíveis pelo Sistema Único de Saúde.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é o limitado conhecimento das mulheres sobre o próprio corpo e sobre a prevenção do câncer do colo do útero. Desconhecendo os fatores de risco, a periodicidade que deve ser realizado o exame e o processo de desenvolvimento da doença. Isso implica superar as dificuldades vivenciadas por essas mulheres em seu cotidiano, para que possam incorporar a prevenção como rotina em suas vidas.

Se a precariedade das condições de vida resultam em agravamento da saúde de segmentos expressivos da sociedade, geralmente de pessoas em condições de vulnerabilidade social, por outro lado, estas pessoas podem ser deixadas de lado como alvo da negligência de um sistema excludente, caso tenham acesso a serviços de prevenção, diagnósticos e tratamento precoce qualificados, o que se concretiza em uma democratização dos avanços tecnológicos disponíveis.

## 5 REFERÊNCIAS

AKINYEMIJU, Tomi F. Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the World Health Survey. **PloS one**, v. 7, n. 11, p. e48834, 2012.

BRASIL, M. S. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016**: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2015.

BRASIL, M. S. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2018**: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional, v. 3, p. 88-110, 2006.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. **Pobreza e câncer de colo de útero**: Estudo sobre as condições de vida de mulheres com câncer do colo de útero avançado em tratamento no Hospital do Câncer II–Instituto Nacional de Câncer–Tese de Mestrado em Serviço Social. Rio de Janeiro, 163f, 2004.

DE SADOVSKY, Ana Daniela Izoton et al. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico Human Development Index and secondary prevention of breast and cervical cancer. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1539-1550, 2015.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. D. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 24, p. 335-342, 2015.

GAMARRA, Carmen Justina; VALENTE, Joaquim Gonçalves; SILVA, Gulnar Azevedo. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, p. 100-106, 2010.

GUTIÉRREZ, César; ALARCÓN, Edith. Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. In: Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina, 2008. p. 239-243.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

JACOBS, Elizabeth A. et al. Perceived discrimination is associated with reduced breast and cervical cancer screening: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). **Journal of Women's Health**, v. 23, n. 2, p. 138-145, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, June 2016.

MANDELBLATT, Jeanne et al. Determinants of late stage diagnosis of breast and cervical cancer: the impact of age, race, social class, and hospital type. **American journal of public health**, v. 81, n. 5, p. 646-649, 1991.

MÜLLER, Nádia Carvalho da Silva. **Mortalidade por câncer de mama e de colo de útero: análise temporal e espacial, município de São Paulo, 1996 a 2006**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

NETTO, José Paulo. Desigualdade, pobreza e serviço social. **Em Pauta**, n. 19, p. 134-171, 2007.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira et al. Determinantes sociais proximais relacionados ao câncer cervicouterino em mulheres privadas de liberdade. **REME rev. min. enferm**, v. 19, n. 3, p. 725-740, 2015.

PARADA, R., de Assis, M., da Silva, R. C. F., Abreu, M. F., da Silva, M. A. F., Dias, M. B. K.; Tomazelli, J. G. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de APS**, v. 11, n. 2, p. 199, 2008.

SILVA, Letícia Batista et al. O serviço social na residência multiprofissional em oncologia no Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 51-66, maio 2015.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, p. 215-243, 2012.

TRIVINOS, Augusto NS. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

WHO – World Health Organization. Constitution .1946.

WHO – World Health Organization. Health Promotion: a discussion paper on the concept and principles. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1984.

WHO – World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Canada, 1986.