

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo desta tese
será disponibilizado somente a partir
de 20/08/2018.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Carla Regiani Conde

**A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de
colo do útero**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Botucatu

2017

Carla Regiani Conde

A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de
colo do útero

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Botucatu

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM. |
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Conde, Carla Regiani.

A percepção da vulnerabilidade e representação do
câncer de colo do útero / Carla Regiani Conde. -
Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Capes: 40406008

1. Colo uterino - Câncer. 2. Neoplasias. 3. Enfermagem
na saúde e higiene da mulher. 4. Representações sociais.
5. Vulnerabilidade em saúde.

Palavras-chave: Neoplasias uterinas; Representações
sociais; Saúde da mulher; Vulnerabilidade em saúde.

Carla Regiani Conde

A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de
colo do útero

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Profa. Dra. Maria José Sanches Marin
Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP

Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento
Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP

Profa. Dra. Carolina Guizardi Polido
Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos

Profa. Dra. Márcia Aparecida Padovan Otani
Faculdade de Medicina de Marília

Botucatu, 20 de fevereiro de 2017.

FINANCIAMENTO

O projeto de pesquisa recebeu auxílio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - *CAPES*, *bolsa de demanda social, nível doutorado, no período de 01/03/2016 a 20/02/2017.*

DEDICATÓRIA

À minha Mãe, Aparecida Graciosa Ochiucci Regiani

Seu incentivo e dedicação foram fundamentais para minha formação. Exemplo de mãe e mulher dedicada, sempre preocupada em proporcionar uma educação de qualidade. Sem seu apoio a conclusão desta etapa seria muito mais difícil. Minhas conquistas são frutos da sua perseverança em apoiar, sem medir esforços, minha formação acadêmica. O meu crescimento pessoal e profissional é inteiramente responsabilidade sua e é por isso que agradeço a Deus todos os dias pelo privilégio de ser sua filha.

Muito obrigada mãe.

Ao meu amor e esposo, Sandro José Conde

É o melhor presente que Deus me deu. Com você vivencio e compartilho os nossos melhores momentos e divido nossas dificuldades. Ao seu lado sinto-me segura e capaz de enfrentar os mais temidos desafios. Você é parte das minhas conquistas, me faz crescer como mulher e profissional. É meu incentivo, pois sua inteligência e sabedoria são encantadoras e servem de estímulo para que eu estude cada vez mais. Juntos crescemos como pessoas e profissionais e atingimos nossos objetivos, acreditando que Deus está a frente das nossas realizações.

Te amo mais que ontem e vou te amar ainda mais hoje e mais amanhã.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora, Prof^a Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira – Malu

Exemplo de sabedoria, mulher batalhadora e solidária. Agradeço mais uma vez pela oportunidade de contribuir com minha formação, pois estivemos juntas na graduação, mestrado e doutorado. Seus ensinamentos me fizeram crescer muito como profissional.

Agradeço pelo seu acolhimento, pois mesmo diante das dificuldades e desafios que enfrentou ao longo destes últimos anos, ainda foi capaz de dividir comigo seus conhecimentos.

Sinto-me feliz de estarmos concluindo juntas mais esta etapa. Que Deus sempre esteja ao seu lado, lhe ilumine, dê força e sabedoria para conduzir sua missão como mulher, mãe, protetora dos animais e profissional.

Muito obrigada por tudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus que me fortalece, está presente e conduz todos os momentos da minha vida dando-me sabedoria.

À minha mãe, por participar intensamente de todas as minhas conquistas e por meio das suas orações estar sempre próxima de mim.

Ao meu esposo, pelo incentivo, respeito e por acreditar no meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu irmão Vitor, parte de mim e meu outro presente de Deus. É minha fonte de amor imensurável, a quem desejo todo o sucesso. Serei eternamente grata por na minha ausência estar sempre cuidando da mãe.

À minha futura cunhada Carol, pessoa dedicada e encantadora. Sua presença me traz segurança e a certeza de companheirismo. Obrigada pela maneira carinhosa que cuida das duas pessoas mais importantes da minha vida, minha mãe e meu irmão.

À minha querida amiga Talita Mayara Rossi Lemos, certamente sem você este trabalho seria inviável, agradeço por me auxiliar na coleta dos dados. Admiro sua inteligência e tenho orgulho da “aluna” que superou a “professora”, saiba que apreendo muito com você e acredito no seu sucesso pessoal e profissional.

Às minhas amigas, Patrícia Aparecida Francelino Crepalde e Lucía Silva, pelo incentivo e contribuição durante a realização desta etapa.

Aos meus amigos, comadre e compadre, Juliana e Flávio pelo incentivo. Vocês me deram o maior presente de 2016, a Livia, minha afilhada muito amada, amor inexplicável.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pelos conhecimentos proporcionados durante minha formação.

À professora Cristiane Murta Ramalho Nascimento pelas contribuições valiosas no meu exame de qualificação e novamente aceitar prontamente participar da banca de defesa. Sua ajuda foi fundamental para versão final desta tese.

À professora Janete Pessuto Simonetti pelas contribuições valiosas no meu exame de qualificação. Sinto-me privilegiada pelo conhecimento que dividiu comigo.

À professora Maria José Sanches Marin que prontamente aceitou participar como membro da banca de defesa e contribuir para finalização deste estudo.

À professora Marcia Aparecida Padovan Otani que aceitou participar como membro da banca de defesa e contribuir para finalização deste estudo.

À professora e amiga Carolina Guizardi Polido que compartilhou momentos importantes da minha formação. Colega na graduação, especialização em enfermagem obstétrica, mestrado, aceitou prontamente em participar como banca do meu doutorado e por quem tenho admiração e carinho muito especial.

Às professoras Regina Célia Popim, Sandra Marisa Pelloso e Silvia Franco da Rocha Tonhom por aceitar o convite como suplentes.

À equipe de enfermagem do Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, pela disponibilidade e atenção ao me receber durante a coleta dos dados.

Ao Leandro De Santi, funcionário do Centro de informática Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, pela atenção e disponibilidade no fornecimento da listagem das pacientes agendadas e acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia Oncológica.

Ao Fernando de Oliveira Alcarde por sua atenção e estar sempre pronto em ajudar.

Às bibliotecárias Rosemeire Aparecida Vicente e Rosemary Cristina da Silva pela confecção da ficha catalográfica e correção das referências.

Às mulheres acompanhadas no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, por aceitarem prontamente participar deste estudo e contribuírem grandiosamente com seus depoimentos.

À Coordenação de Aprimoramento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de doutorado.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

Muito Obrigada

“A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração”.

Madre Teresa de Calcutá

Resumo

CONDE, C. R. **A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de colo do útero**. 2017. 177 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

O câncer de colo do útero constitui, em todo o mundo, um sério problema de saúde pública e pode acometer especialmente mulheres de nível socioeconômico baixo e na faixa etária reprodutiva. Este estudo trata-se de uma pesquisa na abordagem qualiquantitativa com objetivo geral de compreender a percepção da vulnerabilidade à doença entre mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero e com objetivos específicos de levantar o conjunto de características individuais, sociais e programáticas presentes no cotidiano das mulheres, participantes deste estudo, que as tornaram vulneráveis ao câncer de colo do útero; identificar os motivos que contribuíram para a percepção da vulnerabilidade de mulheres com a doença; verificar as mudanças na vida das mulheres percebidas por elas após o diagnóstico de câncer de colo do útero; apreender as representações do câncer de colo do útero atribuídas pelas mulheres com esta neoplasia; identificar as facilidades e as barreiras, na visão dessas mulheres, voltadas para o seguimento e assistência ao tratamento do câncer de colo do útero; conhecer a forma de participação destas mulheres no tratamento do câncer de colo do útero. A pesquisa foi conduzida com 38 mulheres que possuíam diagnóstico confirmado de câncer de colo do útero em tratamento no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. A técnica de coleta de dados foi a entrevista e o registro dos dados em instrumento elaborado pela pesquisadora e gravador digital. Utilizou-se o discurso do sujeito coletivo como referencial metodológico e como referenciais teóricos utilizaram-se a vulnerabilidade no quadro dos direitos humanos e a teoria das representações sociais. Para tanto, os resultados foram organizados, apresentados e analisados a partir das respostas às questões da pesquisa, e dispostos da seguinte forma: levantamento das características individuais, sociais e programáticas e categorização qualiquantitativa dos discursos dos sujeitos coletivos de acordo com as diferentes dimensões da vulnerabilidade, que abordou os motivos e a percepção da doença, mudanças percebidas pelas mulheres após diagnóstico, representação social do câncer de colo do útero, atendimento dos serviços de saúde e a participação das mulheres no tratamento. A partir desta análise emergiram principalmente as categorias: sinais e sintomas do câncer de colo do útero; não sabe a causa do câncer de colo do útero; periodicidade da consulta ginecológica e exame preventivo; não percebeu mudanças; maternidade, mudanças corporais e sexualidade; comorbidades associadas ao câncer de colo do útero; doença assustadora, incerta, inesperada; medo da morte e recidiva da doença; aceitação da doença; acolhimento do serviço de saúde; adesão ao tratamento; e orientação do profissional

de saúde. Conhecer, portanto, a percepção da vulnerabilidade da mulher diagnosticada com câncer de colo do útero nos permitiu compreender que a doença colaborou para mudanças e trouxe representações importantes para o cotidiano das mulheres. Ao identificar os fatores que contribuíram para a vulnerabilidade ao câncer, observou-se a necessidade de desenvolver intervenções pautadas na integralidade do cuidado à saúde da mulher. Acredita-se que a população deve ser incentivada e esclarecida quanto à importância de participar no cuidado a sua saúde e os serviços investir na educação em saúde por meio da orientação das mulheres quanto à necessidade de adesão a vacinação contra o papilomavírus humano, orientação de relação sexual segura e detecção e tratamento precoce das lesões precursoras.

Descritores: Neoplasias uterinas; Saúde da mulher; Vulnerabilidade em saúde; Representações sociais.

Abstract

CONDE, C. R. **The perception of vulnerability and representation in cervical cancer.** 2017. 177 p. PhD Thesis – Botucatu Medical School, São Paulo State University, Botucatu, 2017.

Cervical cancer is a serious public health problem throughout the world and mainly affecting women of low socioeconomic status and to reproductive age. This is a qualiquantitative study with a general objective of understanding the perception of vulnerability among women diagnosed with cervical cancer and with specific objectives were: listing the individual, social and programmatic characteristics of the daily lives of women participating in this study that make them vulnerable to cervical cancer; identifying the reasons that contributed to the perception of vulnerability in women with the disease; verifying the life changes perceived by them after cervical cancer diagnosis; apprehending the representations of cervical cancer attributed by women with this neoplasm; identifying the facilities and barriers, in their point of view, aimed at the follow-up and assistance in the cervical cancer treatment; the participation of these women in the treatment of cervical cancer. This study included 38 women who had a confirmed diagnosis of cervical cancer and treated at the Oncology Gynecology Clinic in the Clinical Hospital Botucatu Medical School. The data collection technique was the interview and whose responses were recorded digitally in an instrument prepared by the researcher. The discourse of the collective subject was used as a methodological reference while the vulnerability in the framework of human rights and the theory of social representations were used as theoretical reference. For this, the results were organized, presented and analyzed based on the responses to the research questions, arranged as follows: survey of the individual, social and programmatic characteristics and qualitative/quantitative categorization of the discourses of the collective subjects according to the different dimensions of vulnerability, which addressed the reasons for and the perception of the disease, changes perceived by women after diagnosis, social representation of cervical cancer, health care services and women's participation in treatment. From this analysis emerged the following general categories: signs and symptoms of cervical cancer; women that do not know the causes of cervical cancer; periodicity of gynecological consultation and pap test; women that did not notice changes; maternity, bodily changes and sexuality; comorbidities associated with cervical cancer; frightening, uncertain, unexpected disease; fear of death and relapse of the disease; acceptance of the disease; reception in the health unit; adherence to treatment; guidance from the health professional. Knowing, therefore, the perception of the vulnerability of the subjects allowed us to understand that the disease contributed to changes and brought important representations to the daily lives of women. The factors that contributed

to the vulnerability to cancer included the need to develop interventions based on the entirety of women's health care. We believe that the population should be encouraged and enlightened as to the importance of participating in the care their health and services invest in health education through the guidance of women regarding the need for adherence to human papillomavirus vaccination, guidance about safe sexual intercourse and early detection and treatment of precursor lesions.

Keywords: Uterine neoplasms, women's health, health vulnerability, social representations.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres participantes no estudo a percepção da vulnerabilidade e representação social do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	50
Tabela 2 - Características individuais das mulheres participantes no estudo a percepção da vulnerabilidade e representação social do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	52
Tabela 3 - Características programáticas dos serviços de saúde, de acordo com as mulheres participantes no estudo a percepção da vulnerabilidade e representação social do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	55
Tabela 4 - Motivos e a percepção da doença entre mulheres (n=38) com câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	57
Tabela 5 - As mudanças percebidas pelas mulheres (n=38) após diagnóstico de câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	71
Tabela 6 - A representação social do câncer de colo do útero na percepção das mulheres (n=35), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	92
Tabela 7 – As facilidades e barreiras dos serviços de saúde no atendimento as mulheres (n=38) e a participação destas durante o tratamento do câncer de colo do útero, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CD4 - Cluster of Differentiation
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIMED - Centro de Informática Médica
DGAA - Departamento de Gestão de Atividades Acadêmicas
DNA - Ácido desoxirribonucleico
DRS - Departamento Regional de Saúde
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
ECH - Expressões-Chave
FMB - Faculdade de Medicina de Botucatu
HC - Hospital das Clínicas
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Papilomavírus Humano
HSIL ou LIEAG - Lesão Intra-Epitelial de Alto Grau
IARC - *International Agency for Research on Cancer*
IC - Ideias Centrais
INCA - Instituto Nacional do Câncer
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
LSIL ou LIEBG - Lesão Intra-Epitelial de Baixo Grau
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNI - Programa Nacional de Imunizações
QualiCito - Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer de colo do útero
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SISCAN - Sistema de Informação de Câncer
SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama
SRC - Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

USPSTF - *United States Preventive Services Task Force*

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 O câncer de colo do útero	20
1.2 Evolução das políticas públicas na assistência à saúde da mulher	29
1.3 Vulnerabilidade e câncer de colo do útero	32
2 OBJETIVOS	36
2.1 Geral	36
2.2 Específicos	36
3 MÉTODO	37
3.1 Tipo de estudo	37
3.2 Referenciais teóricos	37
3.2.1 Vulnerabilidade no quadro dos direitos humanos	37
3.2.2 Representações sociais	39
3.3 Referencial metodológico: Discurso do Sujeito Coletivo	40
3.4 Cenário da pesquisa	43
3.5 Participantes do estudo	44
3.6 Coleta de dados	45
3.7 Organização e análise dos dados	47
3.8 Procedimentos éticos da pesquisa	47
4 RESULTADOS	49
4.1 Levantamento das características individuais, sociais e programáticas	49
4.2 Categorização quali quantitativa dos Discursos do Sujeito Coletivo de acordo com as diferentes dimensões da vulnerabilidade	56
5 DISCUSSÃO	121
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	151
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	165
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	166
APÊNDICE C – QUADRO ILUSTRATIVO	169
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	175

APRESENTAÇÃO

Após concluir o curso de graduação em enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista/UNESP, em 2004, iniciei meu trabalho como enfermeira assistencial na Seção Técnica de Obstetrícia e Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Neste local de trabalho vivenciei grandes oportunidades, pois, além da possibilidade de aprendizado que um hospital escola pode fornecer, também é referência em tratamento de patologias em gestantes e puérperas, experiência de fundamental importância para o enriquecimento profissional. Ainda, por algumas vezes, assumi plantões na supervisão do Hospital das Clínicas tendo nesta ocasião a oportunidade de cuidar das mulheres internadas na Seção Técnica de Ginecologia.

No ano seguinte (2005), realizei o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual Paulista/UNESP e iniciei atividade como docente da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Faculdade Marechal Rondon, campus de São Manuel.

Pude perceber que a carreira acadêmica conciliada à assistência de enfermagem em unidade obstétrica pode conferir grande satisfação profissional. Atuando como docente em curso de graduação em enfermagem e como enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, percebi que a formação acadêmica tinha que continuar.

Em 2008, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional - pela Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP e, encontrando dificuldade de conciliar as atividades assistenciais, docência e pós-graduação, optei por continuar somente na docência. Tal curso foi concluído em dezembro de 2009.

Por dez anos (2006 – 2015) fui supervisora do sétimo e oitavo semestre do estágio de Enfermagem em Saúde da Mulher e nos anos de 2013 a 2015, supervisora do estágio de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente. Ainda, ministrei aulas teóricas como docente das disciplinas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, História da Enfermagem, Semiologia e Semiotécnica e Processo de Cuidar e suas especialidades. Coordenei o Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Marechal Rondon e os cursos de Técnico em Enfermagem e Técnico em Radiologia do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC).

No período de março/2016 a fevereiro/2017 fui bolsista de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), programa Demanda Social.

Ao longo da minha trajetória profissional como enfermeira e docente do curso de graduação em enfermagem, procurei direcionar minha formação para assuntos que buscassem uma compreensão abrangente a respeito da saúde da mulher, visando à qualidade das ações em saúde. Diante de tal, o tema da vulnerabilidade em saúde se apresenta como proposta para a melhoria de ações no âmbito da saúde da mulher, que vivencia a descoberta do câncer de colo do útero.

Em face da importância do câncer de colo do útero no perfil de morbimortalidade da população feminina em todo mundo e da necessidade de fortalecimento de práticas e políticas, no sentido da melhoria das ações de controle da neoplasia cervical, julga-se necessária a produção de novos conhecimentos de modo a estabelecer a relação entre a percepção à doença e a representação do câncer em mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O câncer de colo do útero

O câncer de colo do útero constitui em todo o mundo um sério problema de saúde pública, sendo os países em desenvolvimento os responsáveis por 80% dos casos e representados por elevadas taxas de incidência e mortalidade, podendo acometer especialmente mulheres de nível socioeconômico baixo e na faixa etária reprodutiva ^(1, 2).

Depois do câncer de mama, é a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pela morte de 230 mil mulheres anualmente, a maioria (85%) nos países em desenvolvimento ⁽³⁻⁷⁾.

A principal causa de morte das mulheres acometidas por esta infecção é o acesso limitado ao rastreamento e tratamento. Os países que organizaram programas populacionais de rastreamento cervical reduziram substancialmente a incidência do câncer invasivo e a mortalidade por esta neoplasia. Tais programas são eficazes considerando que o câncer de colo do útero é facilmente acessível à biópsia, há um longo período de latência facilmente reconhecível antes do desenvolvimento da neoplasia invasiva e existe um tratamento eficaz na fase inicial da doença ⁽⁴⁾.

Estima-se que em 2020, a mortalidade por câncer cervical ultrapassará as ocorridas por doença do coração e tornar-se-á “o assassino número um do mundo” ^(8:122). Contudo, se diagnosticado precocemente apresenta possibilidade de 100% de cura ⁽³⁾.

No Brasil, em 2011, foram estimados 18.000 casos novos de câncer de colo do útero ⁽⁹⁾. Já para o ano de 2012 foi registrada uma incidência de 17.540 casos ⁽¹⁰⁾. Para o biênio 2016/2017, estima-se 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, representando 7,9% do total de casos novos diagnosticados. A incidência estimada no país é de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres ⁽¹¹⁾.

Dentre as regiões brasileiras, atualmente, a taxa de incidência para o câncer de colo do útero é maior na região Norte, representando uma taxa de 23,97/100.000 mulheres, em segundo lugar na região Centro-Oeste com 20,72/100.000, seguida do Nordeste com 19,49/100.000. Observa-se menor incidência nas regiões Sul com 15,17/100.000 e Sudeste com 11,30/100.000. Quanto à taxa de mortalidade, no Brasil, a última estimativa apontou 5.430 mortes por câncer do colo do útero em mulheres no ano de 2013. Quanto à sobrevivência no Brasil, para o período de 2005 a 2009, em todo o país a probabilidade de sobrevivência em cinco

anos para as mulheres portadoras deste tipo de câncer foi em torno de 61%, enquanto em todo mundo variou de menos de 50% para mais de 70% de uma forma geral ⁽¹¹⁾.

De acordo com a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), os países que apresentam menores taxas de incidência de câncer de colo do útero são: Canadá, Estados Unidos da América (EUA), países Europeus, Ásia Ocidental, Austrália, Nova Zelândia e do Norte da África. Já os países com maior incidência são os da América do Sul e Central, África e alguns países da Ásia ⁽¹²⁾.

Na Europa, a incidência diminuiu significativamente nas últimas décadas devido a programas de rastreamento populacional organizado. Vale destacar que a redução dos casos de câncer de colo do útero foi possível devido à atuação de profissionais capacitados e focados na prevenção da doença ⁽¹³⁾. A exemplo disto, pode-se citar os países nórdicos e em especial a Finlândia que implementou em 1960 um programa de rastreamento organizado e criou a *Cancer Society of Finland* que foi responsável por capacitar e treinar profissionais para atuar no rastreamento da neoplasia cervical e análise das amostras do conteúdo cervical e investiu na construção e compra de equipamentos dos laboratórios de análises clínicas. Atualmente, apresenta redução de 80% da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero e registra que anualmente cerca de 150 mulheres são diagnosticadas com câncer cervical invasivo e que aproximadamente 50-70 mulheres morrem em decorrência da doença, ou seja, a incidência é de 4/100.000 mulheres e mortalidade em torno de 1/100.000 ⁽¹⁴⁾.

No Canadá, o câncer de colo do útero, devido à acessibilidade da realização do exame preventivo, é o 11º tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Ainda, os números de casos não são menores por ocasião da elevada taxa de imigração das mulheres que, devido a uma questão cultural, não tem conhecimento suficiente da necessidade de realizar o exame preventivo. Essa realidade faz com que a taxa de mortalidade por câncer cervical seja mais frequente em mulheres imigrantes do que nas nativas ⁽¹⁵⁾.

Em 2011, o Canadá registrou 1300 novos casos de câncer cervical e declarou o óbito de 350 mulheres em razão da doença. Informou, também, que o número de casos aumentou na faixa etária igual ou superior a 25 anos e a incidência predominou durante a quinta década de vida, o risco de morte decorrente da doença foi de 0,2% e associou a taxa de mortalidade a mulheres que nunca foram submetidas ou permaneceram por um logo intervalo de tempo sem realizar o exame de Papanicolaou ⁽¹⁶⁾.

Sendo assim, a Força Tarefa Canadense recomenda que todas as mulheres sem sintomas do câncer de colo do útero, que são ou foram sexualmente ativas e independentemente da orientação sexual, realizem a citologia cervical convencional (exame

de Papanicolaou) ou em base líquida, podendo ser manual ou assistida por computador. Para tanto, estabelece que mulheres com idade igual ou inferior a 24 anos não precisam realizar rotineiramente o rastreamento; na faixa etária entre 25-69 anos, recomenda o rastreamento de rotina para o câncer cervical a cada três anos; mulheres com idade igual ou superior a 70 anos que tenham sido submetidas a três resultados negativos sucessivos do exame de Papanicolaou nos últimos 10 anos, não precisam realizar mais o exame preventivo, ressaltando que aquelas que não realizaram adequadamente a coleta do exame preventivo, precisam dar continuidade ao rastreamento até que três resultados negativos sejam comprovados ⁽¹⁶⁾.

Entretanto, países em desenvolvimento como, por exemplo, Camarões, não conseguiram reduzir as taxas de mortalidade devido à ausência de recursos materiais, sistema de controle de qualidade inadequado, falta de acompanhamento de profissionais capacitados e instalações de tratamento inapropriadas ⁽⁴⁾.

A cada ano, aproximadamente, 10.000 mulheres desenvolvem câncer de colo do útero, cerca de 8.000 mulheres morrem de câncer cervical na Nigéria ⁽¹⁷⁾ e mais da metade desta população encontra-se acima dos 50 anos de idade ⁽¹⁸⁾. Notou-se, no entanto, que os países de baixa e média renda apresentam as maiores taxas de mortalidade enquanto aqueles de alta renda são menos atingidos pela neoplasia devido ao melhor conhecimento sobre os fatores de risco, programas de rastreamento, detecção precoce e tratamentos mais eficazes ⁽¹⁹⁾.

Perante esses contextos, países em desenvolvimento, como Taiwan e Nigéria, mesmo com dificuldades financeiras, identificaram a necessidade de investir nos programas de rastreamento do câncer de colo do útero, pois em mulheres jovens a taxa de mortalidade era elevada e isso promovia um impacto negativo no contexto social em que estava inserida esta população ^(20, 21). Assim, em 1995, Taiwan inicia o rastreamento para detecção do HPV e, por meio do rastreamento anual, o exame preventivo reduziu, num período de dez anos, em 47% a incidência do câncer de colo do útero. Nos dias atuais, apesar dos custos elevados da vacina contra HPV, o país investe na vacinação e acredita que, mesmo em longo prazo, ocorrerá um declínio no número dos casos de câncer ⁽²⁰⁾.

Observa-se, ainda, que a incidência do câncer de colo do útero é discrepante entre os países desenvolvidos, bem como naqueles em desenvolvimento, devido a fatores socioeconômicos e culturais. Sendo assim fatores, como dificuldade de acesso e relutância das mulheres ao rastreamento e tratamento, medo da morte após descobrir a doença, conhecimento limitado do exame e descrença nos serviços prestados pelo profissional de saúde, aumentam a vulnerabilidade ao câncer ^(22, 23).

Buscando compreender a relação entre o câncer de colo do útero e o vírus do papiloma humano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve que esse agente é transmitido por meio do contato direto com pele ou mucosas infectadas durante o ato sexual. Ainda, é transmitido da mãe para filho no momento do parto e está presente em quase 100% dos casos de câncer cervical ⁽²⁴⁾. A confirmação do diagnóstico do HPV, portanto, é responsável por reações psicológicas que influenciam a sexualidade e modo de vida das mulheres acometidas, podendo causar constrangimento e transtornos para a relação conjugal ^(25, 26).

O HPV é altamente estável, com pouca tendência para sofrer mutações ⁽²⁷⁾. A persistência da infecção com altas cargas virais, no entanto, está associada a fatores tais como: início precoce de vida sexual, uso prolongado de anticoncepcionais orais, imunossupressão, multiplicidade de parceiros, história de infecções sexualmente adquiridas como o vírus da imunodeficiência humana (HIV), falta de higiene íntima adequada e hábitos gerais de vida (tabagismo, uso irregular de preservativo e alimentação deficiente em micronutrientes antioxidantes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato) ⁽²⁸⁻³¹⁾.

Tais fatores podem ser considerados um risco para o indivíduo e, em conjunto com fatores sociais, como baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade da população feminina, devem orientar a programação de ações de promoção da saúde voltadas para grupos populacionais vulneráveis. Sendo assim, a mortalidade associada à doença pode ser considerada como um indicador diretamente ligado a fatores de assistência à saúde ⁽³²⁾.

A prevenção primária da doença inclui, portanto, o desenvolvimento de vacinas para prevenir a infecção pelo HPV, pois se acredita que a vacinação representa a abordagem mais efetiva para combater a doença ⁽²⁷⁾. Contudo, seu sucesso depende da aceitação da sociedade, capacitação dos profissionais de saúde e esclarecimento da população quanto à importância da adesão à vacina ⁽³³⁻³⁵⁾.

Em junho de 2006, a *Food and Drug Administration* licenciou a primeira vacina contra o HPV. A vacina é indicada às adolescentes e mulheres de nove a 26 anos de idade para a prevenção do câncer de colo do útero invasivo, lesões pré-malignas e verrugas genitais, e estima reduzir o risco de câncer cervical em 94%. Entretanto, a vacina não protege contra todos os tipos de HPV, podendo fornecer proteção aos dois tipos que causam 70% dos casos de câncer de colo do útero (HPV 16 e HPV 18), e dois dos tipos de HPV que causam 90% dos casos de verrugas genitais (HPV 6 e HPV 11) ^(30, 36-38).

A vacina foi introduzida no Reino Unido (UK), em setembro de 2008, e recomendou-se que as jovens tomassem a vacina antes de iniciar a vida sexual. Em vista

disso, o Reino Unido administrou a vacina com idade entre 12 e 13 anos ^(37,39). Em países como Camarões, Tailândia e Brasil os profissionais da saúde recomendam a vacina para os adolescentes e acreditam que a mesma reduz significativamente a incidência do câncer de colo do útero ⁽⁴⁾. Sendo assim, a imunização contra o HPV atualmente no Brasil ocorre com as adolescentes na faixa etária dos nove aos 13 anos e, a partir de 2017, serão vacinadas as meninas com idade igual a 14 anos que ainda não tomaram a vacina ou que não completaram o esquema vacinal ⁽⁴⁰⁾.

Na população feminina, o principal objetivo da vacinação é proteger contra o câncer de colo do útero, vulva, vagina e ânus, lesões pré-cancerosas, verrugas genitais e infecções causadas pelo vírus. De acordo com a OMS, dados mundiais apontam que 290 milhões de mulheres são portadoras do HPV e 32% infectadas pelos tipos 16 e 18 ⁽⁴⁰⁾.

Em um estudo desenvolvido nos EUA, pôde-se identificar que as mulheres que receberam todas as doses da vacina do HPV e que realizaram rastreamento para câncer de colo do útero, não apresentaram anormalidades no exame. Nesse estudo, também foram vacinadas mulheres com lesões intra-epiteliais de baixo grau e após 24 meses da vacinação tais lesões não progrediram para neoplasia invasiva ⁽³⁸⁾.

Em contrapartida, a vacina que previne a infecção pelo HPV pode contribuir para mudança do comportamento sexual de algumas adolescentes, que passam a ter uma iniciação precoce da vida sexual, bem como um aumento de relações sexuais desprotegidas e do número de parceiros, elevando assim a incidência de outras doenças transmissíveis ^(36, 41). Em estudo realizado em Sidney (Austrália), com estudantes universitárias, foi possível identificar que a escolha pela vacina contra HPV repercutiu nas mudanças do comportamento sexual, baixa adesão ao rastreamento e pobre conhecimento em relação à necessidade de realização do rastreamento e seguimento médico combinadas a vacinação ⁽³⁶⁾.

Ainda, outra preocupação apresentada em relação à vacina é a possibilidade de um aumento da prevalência de outros tipos de HPV em populações vacinadas. Há também a possibilidade de que o tipo específico de imunidade conferida pela vacinação pode diminuir ao longo de períodos que se estendem para além de cinco anos. Sendo assim, torna-se importante o rastreamento intensivo por meio da realização da citologia de Papanicolaou e o teste de HPV após imunização ⁽³⁷⁾.

No Brasil, outra estratégia para tentar diminuir a infecção pelo HPV, com início em 2017, apresenta como objetivo reduzir os casos de câncer de pênis, garganta e ânus e doenças diretamente relacionadas ao HPV, consiste na administração da vacina contra o HPV também aos adolescentes do sexo masculino com idade entre 12 e 13 anos e crianças e jovens

com idade entre nove e 26 anos infectados pelo HIV. Ainda, a idade da população a ser vacinada aumentará gradativamente no calendário nacional de vacinação e até 2020 serão incluídos os meninos com idade entre nove e 13 anos ⁽⁴⁰⁾.

A vacina na população masculina já faz parte do calendário vacinal de seis países (Estados Unidos, Austrália, Áustria, Israel, Porto Rico e Panamá) e o Brasil é o primeiro país da América Latina a introduzi-la no programa de imunização. A vacinação contra o HPV é uma estratégia de saúde pública, pois se estima que atualmente cerca de 90% dos casos de câncer de ânus são causados por infecção pelo HPV e os cânceres de garganta e boca são o sexto tipo de câncer no mundo, registrando cerca de 400 mil casos ao ano e 230 mil mortes ⁽⁴⁰⁾.

Vale ressaltar que o sucesso de um programa de vacinação, no entanto, não depende da eficácia biológica da vacina. Vários outros fatores locais, tais como pobreza, desigualdade, gênero, tradições culturais ou religiosas e crenças, podem restringir de forma significativa o sucesso de qualquer programa de vacinação ⁽³⁵⁾. Deve-se considerar também que a desigualdade social entre os países de todo mundo é responsável por muitas jovens ainda não terem a oportunidade de receber a vacina e estima-se que no período de 2006 a 2014 apenas 12% das adolescentes do sexo feminino foram vacinadas. Além disso, acredita-se que em países de renda socioeconômica baixa, a vacina pode ser a única estratégia de prevenção primária e capaz de reduzir a desigualdade entre a população de risco a desenvolver o câncer cervical ^(42, 43).

Dessa forma, é importante associar os dois níveis de prevenção para o câncer de colo do útero: a prevenção primária, buscando evitar a doença atacando a sua causa e a prevenção secundária, partindo da detecção precoce da doença em estágios pré-sintomáticos ou iniciais por meio do exame de Papanicolaou ⁽⁴⁴⁾. A imunização e mudanças no estilo de vida são estratégias importantes para evitar a infecção pelo HPV, mas o rastreamento das lesões precursoras e o tratamento do câncer de colo do útero em fase inicial da doença ainda é a estratégia utilizada por vários países para redução da mortalidade pela neoplasia ^(45, 46).

Sendo assim, a vacina contra o HPV e o uso de preservativos durante a relação sexual, com o objetivo de promover a prática de sexo seguro e evitar o contágio pelo vírus, podem ser considerados como mudanças comportamentais importantes na redução da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero ^(27, 46, 47). E, o rastreamento das lesões precursoras, por meio da periodicidade do exame de Papanicolaou, também é uma estratégia eficaz e necessária para diminuição da morbimortalidade, uma vez que a evolução deste tipo de câncer, desde a fase precursora até invasiva da doença, é lenta ^(3, 46).

Sabe-se que, os sinais e sintomas do câncer de colo do útero aparecem tardiamente, o que leva muitas mulheres a procurarem o profissional de saúde somente quando a doença já está em estágio avançado, diminuindo as chances de um tratamento menos agressivo e, conseqüentemente, de cura, pois o prognóstico piora com o avanço da doença ⁽⁴⁸⁾. O diagnóstico tardio provoca, além de danos físicos, problemas emocionais e psicossociais, envolvendo a mulher e os que lhe são mais próximos ⁽⁴⁹⁾.

Os programas de controle orientam-se pela teoria de que o *screening* citológico é efetivo como prevenção secundária ao câncer invasivo ⁽³²⁾. Através de programas organizados de rastreamento pode-se reduzir não só a incidência por meio da prevenção primária (imunização e aconselhamento comportamental), bem como, considerando uma doença de progressão lenta, a mortalidade por câncer de colo do útero por meio da prevenção secundária (rastreamento das lesões precursoras e diagnóstico pelo exame de Papanicolaou e tratamento) e reduzir as complicações decorrentes do processo de adoecimento e sequelas do tratamento (prevenção terciária) ^(12, 45).

Dessa forma, a combinação da vacina com o início do rastreamento convencional pelo exame de Papanicolaou aos 25 anos de idade, repetindo-o a cada três anos, reduziria o risco de câncer de colo do útero em 94%. Em contrapartida, se apenas o rastreamento for iniciado aos 21 anos de idade e repetido a cada cinco anos, o risco da neoplasia cervical diminuiria para 90%, concluindo que a combinação entre a imunização contra o HPV e a realização do exame citopatológico reduz “o risco de câncer, é custo-eficiente e permite o atraso no início do rastreamento e/ou frequência reduzida” ^(45:183).

Destaca-se, portanto, que desde a implantação da Estratégia de Saúde da Família, o foco dos serviços de saúde é o investimento na atenção primária, priorizando a prevenção, promoção e recuperação de saúde de forma integral e contínua. Neste contexto, destaca-se o papel do enfermeiro que atua na educação em saúde e, particularmente, na assistência da população feminina, buscando garantir uma qualidade de vida adequada à mulher desde a prevenção à detecção precoce do câncer de colo do útero. Cabe também a este profissional realizar o rastreamento das lesões precursoras para neoplasia cervical por meio da coleta periódica do exame de Papanicolaou, bem como, atuar na organização das campanhas de imunização contra o HPV e orientações que assegurem a relação sexual protegida ^(46, 50-52).

O enfermeiro, por meio do vínculo criado com a comunidade, tem um papel importante no controle da incidência e mortalidade por câncer de colo do útero, pois é o profissional que não só atua na educação em saúde, mas também, incentiva a realização periódica do exame de Papanicolaou, esclarece medos e mitos relacionados a este exame, faz

a busca ativa das mulheres que estão em atraso na coleta da citologia e, na atenção à saúde da mulher, realiza o rastreamento por meio do exame preventivo ⁽⁵³⁾.

Vale ressaltar, ainda, que um grupo vulnerável à doença são mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo assim de extrema importância a realização de exame preventivo nessa população de risco. Por meio de programas de rastreamento é possível reduzir potencialmente a vulnerabilidade às alterações cervicais, pois mulheres infectadas pelo HIV além de mais suscetíveis à doença, também apresentam maiores riscos de reativação da infecção por HPV, aumentando a vulnerabilidade ao câncer de colo do útero ⁽⁵⁴⁾.

A maneira mais eficiente para controle do câncer de colo do útero é o rastreamento por meio do exame citopatológico (ou colpocitologia oncótica), também conhecido como Papanicolaou ^(55,56). Tal exame preventivo tem reduzido as taxas de incidência de câncer cervical invasor a proporções de até 90% ⁽⁵⁷⁾. No entanto, para que os resultados sejam efetivos, deve-se reforçar a importância da oferta do diagnóstico, tratamento de qualidade e garantia de continuidade no seguimento das mulheres com diagnóstico confirmado, o que requer a organização de redes de atenção integral, que priorizem ações de promoção da saúde, prevenção e detecção de lesões precursoras precocemente ^(58, 59).

É um exame indolor, podendo ocasionar desconforto mínimo a mulher ⁽⁶⁰⁾. Este exame tem como objetivo detectar precocemente as alterações nas células de revestimento do colo uterino ⁽⁶¹⁾. Durante o procedimento são coletadas amostras de células da região da ectocérvice com a espátula de Ayre e da endocérvice com escova endocervical, são fixadas em uma lâmina e este material é encaminhado ao laboratório ⁽⁵⁷⁾.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em relação à periodicidade do exame de Papanicolaou, é recomendado, após o primeiro exame, realizar dois controles semestrais e depois de dois exames normais seguidos no espaço de um ano, repeti-lo a cada três anos ⁽⁴⁶⁾. Contudo, embora exista essa recomendação, no Brasil é comum o exame ser realizado anualmente. A indicação deste exame destina-se às mulheres com vida sexual ativa, principalmente àquelas entre 25 a 64 anos, pois é nessa faixa etária em que há uma maior incidência de lesões pré-malignas de alto grau, com capacidade de serem tratadas para a não progressão do câncer ^(1, 11, 46, 59).

Em mulheres acima dos 65 anos, se os últimos exames foram normais é aconselhado parar com o rastreamento e, para aquelas acima dessa idade e que nunca realizaram o exame, é recomendado realizar dois exames em um intervalo de um a três anos e, se ambos os resultados forem negativos, essas mulheres estão isentas dos exames adicionais.

Em mulheres gestantes e menopausadas deve-se seguir a periodicidade do rastreamento recomendada às demais mulheres. Para aquelas com histerectomia total devido a lesões benignas, sem antecedentes de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, poderão ser privadas do rastreamento após exames precedentes normais. Em situações de mulheres histerectomizadas devido à lesão precursora ou câncer de colo do útero, é recomendado que esta mulher fosse acompanhada de acordo com a lesão tratada ^(1,46).

Em mulheres imunossuprimidas, a partir do início da atividade sexual, o exame deve ser realizado de seis em seis meses no primeiro ano, e se ambos os resultados forem normais, continuar o rastreamento anual enquanto o fator de imunossupressão estiver conservado. Já para mulheres infectadas pelo HIV com contagem de células CD4 inferior a 200 células/mm³ recomenda-se a realização do exame colpocitológico a cada seis meses e correção dos níveis de CD4 ^(1,46).

Embora a colpocitologia não proporcione um diagnóstico final, é instrumento imprescindível ligado a outros procedimentos voltados para o rastreamento do câncer cérvico-uterino invasor e suas lesões precursoras, além de auxiliar na orientação do tratamento a ser seguido ⁽⁶²⁾. Sabe-se ainda que o isolamento do HPV em lesões pré-cancerosas e cancerosas de colo uterino foi um marco significativo no tratamento do câncer de colo do útero e levou ao estabelecimento de método eficaz, por meio do rastreamento e tratamento das lesões ⁽⁶³⁾.

Nessa perspectiva, as instituições de saúde apoiadas por programas de incentivo a detecção precoce da doença e humanização do cuidado integral à saúde da mulher, buscam a possibilidade de apreender as necessidades dessa mulher, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. Na atenção à saúde das mulheres, a integralidade deve ser vista como “a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas, segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas” ^(64:155). A assistência às necessidades femininas, portanto, deve estar focada no cuidado por meio do acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, etnia, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres ⁽⁶⁴⁾.

Contudo, a atenção à saúde enfrenta algumas dificuldades como o acesso desigual, a inadequação dos serviços quando confrontados com as necessidades, ausência de atenção integral, paralelismo da oferta e baixa qualidade dos serviços que podem delimitar as orientações responsáveis pela reestruturação dos modelos de assistência. Neste contexto, deve-se entender que a saúde é compreendida de forma ampliada, e as políticas e práticas sociais precisam buscar estratégias de enfrentamento com a finalidade de amenizar a relação

de desigualdade no atendimento à mulher ⁽⁶⁵⁾. Ainda, as ações de saúde precisam ser planejadas de modo a promover melhoria das condições de vida, igualdade e direitos de cidadania da mulher ⁽⁶⁶⁾.

1.2 Evolução das políticas públicas na assistência à saúde da mulher

A proposta de uma assistência integral e humanizada é fundamental para o desenvolvimento de ações que articulem os aspectos educativos, preventivos e assistenciais, referentes à manutenção da saúde. Ações que visem o preparo dos indivíduos para o exercício da cidadania com consciência, pois contar com a participação da comunidade na formulação e implantação de novas políticas de saúde, multiplica as possibilidades de sucesso do processo. Dessa maneira, os usuários exercem sua autonomia e participam ativamente do cuidado à sua saúde de modo individual e coletivo ⁽⁵⁷⁾.

No Brasil, a atenção à saúde da mulher foi incorporada às políticas no início do século XX, sendo limitada a atenção a gestantes e parturientes, pois essa população era considerada de maior vulnerabilidade. Nesta época a mulher desempenhava apenas o papel de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidados com a saúde dos filhos e de todos os membros da família. Tal visão permaneceu até a década de 1970 quando, com o movimento feminista, discutiram-se as desigualdades das condições de vida e nas relações entre os homens e mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a sobrecarga de trabalho das mulheres ⁽⁶⁶⁾. Em 1920, o médico grego, Dr. George N. Papanicolaou, por meio de raspagem de células do colo do útero em humanos, observou que essas sofriam modificações de acordo com a fase do ciclo menstrual das mulheres. Em 1928, pela primeira vez, identificou-se a presença de células cancerígenas em esfregaço cérvico-vaginal e relatou que células malignas poderiam ser identificadas por meio da coleta citopatológica ^(44, 67).

Entre os anos de 1928-1950, Papanicolaou continuou suas investigações científicas e percebeu que, assim como as células normais do colo do útero modificavam-se ao longo do ciclo endometrial, também sofriam alterações graduais e lentas, dividindo-se em fases de normais para “malignas” ⁽⁴⁴⁾. Sendo assim, a partir de 1942, considerou-se a eficácia do exame de Papanicolaou e buscou-se o controle do câncer de colo do útero e a realização da citologia oncótica foi implementada na prática ginecológica pelos profissionais de saúde ^(46, 68).

Em 1950, ele identificou que a citologia oncótica não servia para descobrir o câncer, mas para detectar lesões precursoras e, dessa forma, o exame de Papanicolaou surgiu como possibilidade de dar à mulher tratamento preventivo e diminuir as chances de desenvolver a neoplasia invasiva. Ele ainda relatou que o câncer de colo do útero tem origem nas camadas mais externas, após se torna um “redemoinho escamoso e superficial” e somente depois atinge tecidos mais profundos. A coleta do exame em mulheres assintomáticas era uma possibilidade de detectar a doença em estágios iniciais e tornar provável o diagnóstico de câncer incurável e invasivo para curável e pré-invasivo ⁽⁴⁴⁾.

Em 1952, Papanicolaou convenceu o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a realizar um ensaio clínico com foco na prevenção secundária utilizando a técnica do esfregaço vaginal ⁽⁴⁴⁾. Em 1955, dados obtidos e publicados desta campanha de rastreamento populacional comprovaram que a realização do exame de Papanicolaou era considerada uma estratégia eficaz para a detecção precoce de lesões precursoras do câncer de colo do útero. Após tal constatação, passou-se a acreditar que o acompanhamento adequado das mulheres que apresentaram alterações cervicais contribuiria com a redução na incidência dos casos de neoplasia invasiva ⁽⁶⁹⁾.

No Brasil, em 1956, o presidente Juscelino Kubitschek construiu o Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, na cidade do Rio de Janeiro, integrado atualmente ao INCA com o objetivo de atender os casos de câncer de mama e do aparelho genital feminino, podendo assim ser considerado a primeira iniciativa nacional de tratamento do câncer de colo do útero ⁽⁴⁶⁾.

Nos anos de 1968 e 1970 teve início, no município de Campinas e outros do Estado de São Paulo, alguns programas de controle do câncer de colo do útero e que posteriormente tornaram-se centros de pesquisa em oncologia. Em seguida, entre os anos de 1972 e 1975, foi desenvolvido e implementado o Programa Nacional de Controle do Câncer, buscando enfrentar a neoplasia em geral, mas com maior ênfase para o rastreamento do câncer de colo do útero. Tal programa ficou conhecido como a “primeira ação de âmbito nacional do Ministério da Saúde para a prevenção do câncer de colo do útero” ^(46:21).

A contento, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa, orientado por princípios que respeitam as especificidades do ciclo vital das mulheres, obteve um papel fundamental no controle e prevenção do câncer de colo do útero, inserindo e estimulando a coleta do exame citopatológico na rotina das consultas ginecológicas em mulheres nos serviços básicos de

saúde. Após essa iniciativa, uma sucessão de estudos e projetos voltados para o câncer de colo do útero foram implementados, dentre esses, em 1995, o projeto Viva Mulher ^(1, 66).

O programa “Viva Mulher” teve como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo do útero na mulher brasileira e as ações deste programa buscaram “a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa” ^(70:23).

Em junho de 1998, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero para diminuir mortalidade e melhorar a qualidade de vida em mulheres com diagnóstico confirmado da neoplasia. No ano seguinte, em 1999, foi lançado o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO ⁽¹⁾. De acordo com a Portaria SAS/MS nº 287/06, o SISCOLO é um sistema oficial do Ministério da Saúde “utilizado para o fornecimento dos dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de Papanicolaou” ^(9:7).

A Política Nacional de Atenção Oncológica, lançada em 2005, visa promover as ações de atenção à saúde sob os aspectos da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Tal incentivo atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade de propor diretrizes voltadas a estimular a atenção integral à saúde da mulher, articulando as diversas ações nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, deve considerar a diversidade regional e também suas particularidades, mantendo a intrínseca relação com a incidência, prevalência e alta taxa de mortalidade por alguns tipos de neoplasias malignas, exigindo diversos tipos de ações e serviços de saúde em determinada localidade. Essa reconhece que os altos custos para a implementação da atenção em alta complexidade dificultam a implantação de novos centros de referência neste tratamento. Aponta a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica ⁽⁷¹⁾.

Em 2006, foi reafirmada no Pacto pela Saúde a importância da detecção precoce do câncer de colo do útero e determinados indicadores específicos na pactuação de metas com estados e municípios. Em 2010, o Ministério da Saúde, observando que o país ainda mantinha elevada a incidência, taxa de mortalidade e a magnitude social do câncer de colo do útero, instituiu um grupo de trabalho destinado à avaliação do Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero, resultando na construção de um documento chamado de “Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero” ⁽⁴⁶⁾.

O Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), criado em 2013, surgiu para integrar, no âmbito do SUS, o SISCOLO e Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) por meio de uma versão em plataforma *web* ⁽⁷²⁾. Ainda, neste mesmo ano, o Ministério da Saúde redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer de colo do útero (QualiCito) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas ⁽⁷³⁾.

Em 2014, foram definidos os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC) ⁽⁷⁴⁾ e por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), deu-se início a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o HPV ⁽⁷⁵⁾ e a partir de 2017 a vacina contra o HPV começou a ser administrada nos meninos ⁽⁴⁰⁾.

No entanto, mesmo frente a todas estas iniciativas, ainda há necessidade de implantação de ações e políticas governamentais, em locais que ainda não existem estes serviços, para detecção das lesões precursoras e neoplasia cervical invasiva em estádios iniciais, buscando melhoria da qualidade e acessibilidade dos serviços existentes ⁽⁷⁶⁾.

Sendo assim, é necessário para cada localidade que o Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero for implantado, que este apresente formas e graus variados em sua organização, ou seja, que cada região, estado ou município ajuste os parâmetros e estabeleça indicadores para oferecer uma assistência eficaz às mulheres ⁽⁷⁷⁾.

1.3 Vulnerabilidade e câncer de colo do útero

A faixa etária mais acometida de câncer de colo do útero é entre 25 e 60 anos, entretanto, os adolescentes constituem uma população de alta vulnerabilidade para este agravo na medida em que o início da vida sexual os aproxima de problemas de saúde da esfera reprodutiva e vivência da sexualidade ^(41, 78-80). Sabe-se que mulheres com idade avançada e que não realizaram regularmente o exame preventivo apresentam um risco aumentado de serem acometidas ao carcinoma invasivo e que mulheres jovens estão mais propensas à infecção pelo HPV sendo mais vulneráveis a apresentarem lesões pré-invasivas ^(46, 81).

Assim, em pesquisas que envolvem aspectos relacionados ao indivíduo, profissionais e serviços, os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são geralmente utilizados para “designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde” ^(49:256).

Alguns fatores tais como idade, gênero, etnia e situação socioeconômica, podem influenciar na percepção e risco de vulnerabilidade à doença. As mulheres têm mais preocupação com sua saúde do que os homens e durante o ato sexual demonstram maior

consciência dos riscos a que estão expostas. As adolescentes, devido à imaturidade e menor resistência a álcool e drogas, não acreditam que possam adoecer, e assim ficam mais suscetíveis a infecção sexualmente transmissível (IST) do que mulheres adultas ⁽⁴¹⁾.

Em estudo desenvolvido na Geórgia (EUA), identificou-se que a população negra era mais vulnerável a infecção pelo HPV quando comparados à branca ou hispânica. Tal fato torna-se oportuno, pois mulheres negras, sendo na maioria das populações de baixo nível sociocultural e econômica, não se demonstram estar informadas que o HPV é transmitido sexualmente, desconhecem e não acreditam que a vacina seja uma possibilidade de prevenir o câncer de colo do útero ⁽⁸²⁾.

Outro estudo realizado com mulheres fumantes relatou que mesmo apresentando conhecimento que o tabagismo as torna mais vulneráveis ao câncer de colo do útero, demonstram dificuldade de mudança deste comportamento social ⁽⁸³⁾.

A sociedade é marcada por relações de desigualdade entre homens e mulheres. Cabe, muitas vezes, ao homem a decisão pelo uso ou não de preservativo no momento do ato sexual, pelo fato de ainda as mulheres acharem desconfortáveis o uso da camisinha feminina, situação que torna a mulher vulnerável às ISTs. Neste contexto, a prevenção associa-se às questões de poder nas relações de gênero, resultando em violência contra a mulher no exercício da sexualidade de maneira responsável na prevenção de doenças ⁽²⁵⁾.

Considerando o processo saúde e doença, a vulnerabilidade não só deve ser vista no seu contexto cultural e nas diversas formas que conferem especificidades ao adoecimento das mulheres, bem como, ligada às determinações de gênero. Sendo assim, faz-se importante estudar a *“vulnerabilidade social da mulher, por meio do recorte de gênero, dentro de uma sociedade desigual como a brasileira, apresenta contribuição tanto em nível da acumulação de conhecimento teórico quanto no âmbito das políticas sociais destinadas a esse segmento”* ^(71:9).

Portanto, quando o olhar se destina à mulher de modo integral, torna-se mais clara a compreensão do seu processo de adoecimento e dos fatores que contribuíram para seu adoecimento. Tais fatores são marcados por suas condições de vida, de empobrecimento contínuo, de precarização das condições de trabalho e dificuldade de acesso ao sistema de saúde ⁽⁸⁴⁾.

Ainda,

A inserção e ascensão da mulher na vida pública, incluindo o mercado de trabalho, a divulgação dos métodos anticoncepcionais e o incremento dos movimentos feministas foram fatores que muito contribuíram para a

liberação do comportamento sexual feminino, levando à iniciação sexual precoce, tornando-as cada vez mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis ^(25:272).

Ao contextualizar o processo de saúde e doença da mulher, o profissional de saúde deve ampliar sua visão para além da dimensão biológica e individual e compreender que a mulher tem importante papel social e histórico. Dessa forma, as ações profissionais não devem estar pautadas apenas nas orientações sobre prevenção e discussão sobre o acesso a serviços de saúde, mas em uma forma mais ampla da assistência, na compreensão da interlocução com os usuários e os profissionais que vivenciam o processo de adoecimento a partir dos determinantes sociais presente no diagnóstico de câncer de colo do útero ⁽⁷¹⁾.

O diagnóstico precoce e a participação das mulheres em programas de prevenção é importante, especificamente, àquelas pertencentes a grupos vulneráveis, ressaltando a importância da redução de barreiras ao acesso e à utilização desses programas.

Em estudo sobre controle de câncer de colo do útero realizado em mulheres em seu ambiente de trabalho sugere-se um cenário modelo para rastreamento da neoplasia, propiciando o diagnóstico precoce por meio da identificação dos casos de neoplasia cervical, fatores de risco e conhecimento das vulnerabilidades das mulheres ao câncer cérvico-uterino ⁽⁸⁵⁾.

No Brasil, apesar do incentivo governamental em participar do programa de rastreamento de câncer cervical, as estatísticas não mostram redução significativa na incidência e mortalidade. Sabe-se, ainda, que muitas mulheres não realizam o exame preventivo ou não seguem com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde ^(81, 86).

Nesse sentido, fatores relacionados à cliente, aos profissionais, aos serviços, tornam a mulher suscetível ao adoecimento e vulnerável ao câncer de colo do útero, o que nos instiga a compreender em maior profundidade como tais problemas vêm se inserindo no cotidiano da mulher com diagnóstico de câncer de colo do útero.

Acreditamos que, ao investigar essa temática, as mulheres possam expressar seus sentimentos, esperanças de cura, percepções e representações em relação ao câncer de colo do útero. Frente a essa perspectiva e buscando investigar os fatores que tornam a mulher vulnerável ao câncer de colo do útero, foi levantada a seguinte questão do estudo: *Como a vulnerabilidade ao câncer de colo do útero é percebida pelas mulheres assistidas pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu?*

Após tal questionamento, elaborou-se a hipótese de que as mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia Oncológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

de Botucatu apresentam-se vulneráveis ao câncer de colo do útero, apesar de certo conhecimento dos fatores biológicos e individuais relacionados à doença. Portanto, a vulnerabilidade atinge as dimensões dos aspectos da doença, do contexto social e do acesso aos serviços de saúde. Esse conhecimento, essa percepção que o estudo pretende investigar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para atingir os objetivos deste estudo e confirmar a nossa hipótese, foi possível observar que nem todas as mulheres, participantes deste estudo, demonstraram conhecimento dos motivos que as tornaram vulneráveis ao câncer de colo do útero. Sendo assim, consideramos como uma possível limitação do estudo o fato de algumas mulheres terem sido diagnosticadas com câncer de colo do útero há mais de 30 anos. Acreditamos que este longo período entre a confirmação do diagnóstico e a coleta de dados pode ter levado a apresentarem dificuldades para reconhecer os motivos que as tornaram vulneráveis à neoplasia cervical, mas não para descreverem as mudanças e representações da doença no seu cotidiano. Devido ainda as mulheres estarem em acompanhamento no ambulatório de ginecologia oncológica foram capazes de descrever a organização dos serviços de saúde e sua participação no tratamento e rastreamento de outras alterações no seu estado de saúde.

O levantamento das características individuais, sociais e programáticas permitiu identificar quais fatores de risco para o câncer de colo do útero, tais como, história de uso de anticoncepcional oral, sexarca precoce, gestação na idade da adolescência, multiparidade, não usar preventivo com seus companheiros, baixo grau de instrução e de renda familiar e não realização do exame de Papanicolaou de rotina, foram predominantes na maioria das mulheres e podem ter contribuído para tornarem-se vulneráveis a neoplasia cervical.

Quanto aos motivos que, na percepção das mulheres, contribuíram para o diagnóstico do câncer, evidenciou-se que os sinais e sintomas, não periodicidade na realização do exame preventivo e a relação sexual desprotegida foram manifestadas no discurso da maior parte das mulheres. Contudo, os depoimentos também demonstraram que muitas mulheres não sabiam a causa da doença e a associação do câncer de colo de útero com a infecção pelo HPV foi evidenciada por poucas participantes do estudo.

Em alguns depoimentos notou-se que a doença poderia ser adquirida por meio da relação sexual, mas não necessariamente como uma forma de infidelidade conjugal ou relacionada ao HPV, mas como um processo natural decorrente da necessidade de manter relação sexual com o cônjuge e também, como consequência, gerar e parir muitos filhos.

A respeito das mudanças e as representações após o diagnóstico do câncer de colo do útero, observou-se que houve predomínio dos discursos que a neoplasia não representou nada ou não mudou sua rotina, alterou sua vida sexual, o tratamento foi responsável por apresentar outras comorbidades, a doença é algo assustador e o medo da recidiva, o medo da morte era uma importante preocupação e o valor a vida e a fé em Deus foram fundamentais para o enfrentamento da doença.

Por fim, ao considerar que tais percepções, mudanças e representações são importantes para compreender o impacto do câncer de colo do útero no cotidiano das mulheres, faz-se necessário o desenvolvimento de intervenções mais eficazes de assistência à saúde da mulher pautadas no conceito de integralidade do cuidado prestado. Acredita-se que o investimento na prevenção do câncer cervical por meio da vacina do HPV e orientação de relação sexual segura seja a melhor e mais urgente estratégia de prevenção e a realização da citologia oncológica uma forma eficaz para a detecção e tratamento precoce das lesões precursoras por meio de programas organizados de rastreamento.

Ainda, notou-se que os serviços de saúde necessitam ser estruturados e as políticas de rastreamento ampliadas para além do social, abrangerem a população feminina considerando seus valores culturais e necessidades específicas de cada mulher atendida. A participação da mulher na prevenção, proteção, reabilitação e controle de cura do câncer cervical precisa ser dinâmica e apresentar interação com o profissional que presta o cuidado.

Para tanto, há necessidade de identificar e evitar a infecção dos agentes cancerígenos e compreender que a prevenção evita a perda em anos de vida útil e sofrimento das mulheres diagnosticadas precocemente. É importante compreender que, por meio da contribuição de uma equipe multiprofissional atuante, é possível reduzir a incidência e mortalidade por câncer de colo do útero.

Neste contexto, o enfermeiro desempenha um importante papel, pois dentre as suas habilidades e competências está prestar uma assistência qualificada por meio da organização de programas de educação em saúde com o objetivo de contribuir para o comportamento social de práticas saudáveis e seguras. Ainda, incentivar a adesão dos adolescentes e mulheres, destacando e esclarecendo a importância da adesão às campanhas de vacinação contra HPV e rastreamento das lesões precursoras por meio da realização do exame de Papanicolaou.

Outra função a ser desempenhada pela equipe de saúde é a identificação da população de risco, buscando reduzir os fatores de risco, diminuir os sintomas do diagnóstico tardio e tratamento e proporcionar às mulheres melhor qualidade de vida.

Portanto, mais uma vez ressalta-se a importância dos programas de rastreamento serem organizados, diagnóstico e tratamento precoce, ações de saúde acontecerem por uma equipe multidisciplinares, realização de educação continuada e planejamento de assistência qualificada.

Conhecer, ainda, a percepção da vulnerabilidade da mulher diagnosticada com câncer de colo do útero nos permitiu compreender que a doença colaborou para mudanças e

trouxe representações importantes para o cotidiano das mulheres. Ao identificar os fatores que contribuíram para a vulnerabilidade ao câncer, observou-se a necessidade de desenvolver intervenções pautadas na integralidade do cuidado à saúde da mulher. Acredita-se que a população deve ser incentivada e esclarecida quanto à importância de participar no cuidado a sua saúde e os serviços investir na educação em saúde por meio da orientação das mulheres quanto a necessidade de adesão a vacinação contra o papilomavírus humano, orientação de relação sexual segura e detecção e tratamento precoce das lesões precursoras.

REFERÊNCIAS

01. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011a.
02. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. *Rev Bras Cancerol.* 2012;58(3):389-98.
03. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
04. McCarey C, Pirek D, Tebeu PM, Boulvain M, Doh AS, Petignat P. Awareness of HPV and cervical cancer prevention among Cameroonian healthcare workers. *BMC Womens Health.* 2011;11:45.
05. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and related cancers in world. Summary Report 2010 [Internet]. Genebra: WHO; 2010 [citado 2 Ago 2016] Disponível em: www.who.int/hpvcentre.
06. Mutyaba T, Faxedid E, Mirembe F, Weiderpass E. Influences on uptake of reproductive health services in Nsangi community of Uganda and their implications for cervical cancer screening. *Reprod Health.* 2007;4:4. doi: 10.1186/1742-4755-4-4.
07. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61(2):69-90.
08. Varughese J, Richman S. Cancer care inequity for women in resource-poor countries. *Rev Obstet Gynecol.* 2010;3(3):122-32.
09. Instituto Nacional de Câncer (BR). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO). Rio de Janeiro: INCA; 2011b.
10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011[citado 3 Jan 2017]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf.
11. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [citado 7 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>.
12. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan [Internet]. Lyon: IARC; 2008 [citado 12 Set 2016]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>. Accessed September/2016.
13. Otero L, Sanz B, Blasco T. Detección precoz de cáncer de cérvix según los discursos de las matronas de atención primaria en Segovia, España. *Rev Saúde Pública.* 2011;45:824-30.

14. Finnish Cancer Registry. Institute for Statistical and Epidemiological Cancer Research. Cervical cancer screening [Internet]. Helsinki: Finnish Cancer Registry; 2016 [citado 23 Nov 2016]. Disponível em: http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/mass-screening-registry/cervical_cancer_screening/.
15. Wiedmeyer ML, Lofters A, Rashid M. Cervical cancer screening among vulnerable women: factors affecting guideline adherence at a community health centre in Toronto, Ont. *Can Fam Physician*. 2012;58(9):e521-6.
16. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ* [Internet]. 2013 [citado 23 Nov 2016];185:35-45. doi:10.1503/cmaj.121505. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/185/1/35.full.pdf+html>.
17. Airede LR, Onakewhor JUE, Aziken ME, Ande ABA, Aligbe JU. Carcinoma of the uterine cervix in Nigerian women: the need to adopt a national prevention strategy. *Sahel Med J*. 2008;11(1):1-11.
18. Spayne J, Ackerman I, Milosevic M, Seidenfeld A, Covens A, Paszat L. Invasive cervical cancer: a failure of screening. *Eur J Public Health*. 2008;18(2):162-5.
19. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends-an update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016;25(1):16-27. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0578.
20. Lee CC, Chen TS, Wu TZ, Huang LM. A human papillomavirus public vaccination program in Taiwan: The Kinmen County experience. *J Formos Med Assoc*. 2012;111(12):682-5.
21. Ndikom CM, Ofi BA. Awareness, perception and factors affecting utilization of cervical cancer screening services among women in Ibadan, Nigeria: a qualitative study. *Reprod Health*. 2012;9:11.
22. Scarinci IC, Garcia FA, Kobetz E, Partridge EE, Brandt HM, Bell MC, et al. Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. *Cancer*. 2010;116(11):2531-42.
23. Driscoll SD. Barriers and facilitators to cervical cancer screening in high incidence populations: A synthesis of qualitative evidence. *Women Health*. 2016;56(4):448-67. doi: 10.1080/03630242.2015.1101742.
24. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (WHO/IARC). IARC Handbooks of cancer prevention. Lyon: IARC Press; 2005.
25. Diógenes MAR, Varela ZMV, Barroso GT. Papillomavirus humano: repercussão na saúde da mulher no contexto familiar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(2):266-73.
26. Carvalho MCMP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Representações sociais de mulheres em idade reprodutiva sobre lesões precursoras do câncer cervicouterino. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):943-51.
27. Onon TS. History of human papillomavirus, warts and cancer: what do we know today? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2011;25(5):565-74.

28. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
29. Nadal LRM, Nadal SR. Indicações da vacina contra o papilomavirus humano. *Rev Bras Coloproctol.* 2008;28(1):124-6.
30. Underwood SM, Ramsay-Johnson E, Browne L, Caines N, Dean A, Duval S, et al. What women in the United States Virgin Islands still want and need to know about HPV, cervical cancer, and condom use. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2010;21(1):25-32.
31. Moscicki AB. Management of adolescents who have abnormal cytology and histology. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(4):633-43.
32. Oliveira TC. Avaliação de desempenho do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero: um modelo para aplicação local no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Fiocruz; 2010.
33. Roden R, Wu TC. How will HPV vaccines affect cervical cancer? *Nat Rev Cancer.* 2006;6(10):753-63.
34. Ali SF, Ayub S, Manzoor NF, Azim S, Afif M, Akhtar N, et al. Knowledge and awareness about cervical cancer and its prevention amongst interns and nursing staff in Tertiary Care Hospitals in Karachi, Pakistan. *PLoS One.* 2010;5(6):e11059.
35. Woo YL, Omar SZ. Human papillomavirus vaccination in the resourced and resource-constrained world. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2011;25(5):597-603.
36. Mather T, McCaffery K, Juraskova I. Does HPV vaccination affect women's attitudes to cervical cancer screening and safe sexual behaviour? *Vaccine.* 2012;30(21):3196-201.
37. Franco EL, Cuzick J. Cervical cancer screening following prophylactic human papillomavirus vaccination. *Vaccine.* 2008;26 Suppl 1:A16-23.
38. Powell SE, Hariri S, Steinau M, Bauer HM, Bennett NM, Bloch KC, et al. Impact of human papillomavirus (HPV) vaccination on HPV 16/18-related prevalence in precancerous cervical lesions. *Vaccine.* 2012;31(1):109-13.
39. Hilton S, Hunt K, Bedford H, Petticrew M. School nurses' experiences of delivering the UK HPV vaccination programme in its first year. *BMC Infect Dis.* 2011;11:226.
40. Ministério da Saúde (BR). Meninos também serão vacinados contra HPV [Internet]. Portal da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 20 Dez 2016]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25953-meninos-tambem-serao-vacinados-contrahpv>.
41. Millstein SG, Halpern-Felsher BL. Perceptions of risk and vulnerability. *J Adolesc Health.* 2002;31(1 Suppl):10-27.
42. Bruni L, Diaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F, Bosch FX, et al. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *Lancet Glob Health.* 2016;4(7):e453-63.

43. Olson B, Gribble B, Dias J, Curryer C, Vo K, Kowal P, et al. Cervical cancer screening programs and guidelines in low- and middle-income countries. *Int J Gynecol Obstet.* 2016;134(3):239-46. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.03.011.
44. Mukherjee S. *O imperador de todos os males: uma biografia do câncer.* São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
45. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais.* 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014: Prevenção. cap. 10, p. 163-87.
46. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). *Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.* 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
47. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol.* 2006;9(3):325-34.
48. Otto SE. *Oncologia.* Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2002: Neoplasias malignas ginecológicas. p. 160-82.
49. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AMD, Oliveira ISB. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20:255-62.
50. Leite FMC, Amorim MHC, Nascimento LGD, Mendonça MRF, Guedes NSA, Tristão KM. Mulheres submetidas à coleta de Papanicolaou: perfil socioeconômico e reprodutivo. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2010;12(1):57-62.
51. Santos MS, Santos LB. Câncer do colo uterino: a importância do exame preventivo frente à visão dos enfermeiros e usuárias de um posto de saúde de Imperatriz-MA [Internet]. [citado 20 Dez 2016]. Disponível em <http://araguatins.ifto.edu.br/portal/saude/index.php/artigos/110-cancer-do-colo-uterino-a-importancia-do-exame-preventivo-frente-a-visao-dos-enfermeiros-e-usuarias-de-um-posto-de-saude-de-imperatriz-ma>.
52. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp):158-64.
53. Mistura C, Mistura C, Silva RCC, Sales JRP, Melo MCP, Sarmiento SS. Papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino na estratégia saúde da família. *Rev Contexto Saúde.* 2011;10(20):1161-4.
54. Bailey H, Thorne C, Semenenko I, Malyuta R, Tereschenko R, Adeyanova I, et al. Cervical screening within HIV care: findings from an HIV-positive cohort in Ukraine. *PLoS One.* 2012;7(4):e34706.
55. Ministério da Saúde (BR). *Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Falando sobre câncer do colo do útero.* Rio de Janeiro: INCA; 2002a.
56. Frigato S, Hoga LAK. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Rev Bras Cancerol.* 2003;49(4):209-14.

57. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
58. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Viva mulher - Câncer de colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002b.
59. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama [Internet]. 2a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013 [citado 8 Jan 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf.
60. Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):503-9.
61. Costa RF, Barros SMOD. Prevalência de lesões intraepiteliais em atipias de significado indeterminado em um serviço público de referência para neoplasias cervicais. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):400-6.
62. Pinho AA, Mattos MCFI. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. *J Bras Patol Med Lab*. 2002;38(3):225-31.
63. Hilaire MIC. Assessing Haitian women's vulnerability to cervical cancer because of socio-demographic predictors of care access [theses]. Atlanta: University of Notre-Dame d'Haiti School of Medicine, Faculty of Georgia State University; 2011.
64. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery*. 2009;13(1):154-60.
65. Costa AM, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006;6(1):75-84.
66. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 82 p.
67. Papanicolaou GN. New cancer diagnosis. In: *Proceedings of the Third Race Betterment Conference*; 2-6 Jan 1928; Battle Creek, Michigan. Battle Creek: Race Betterment Foundation; 1928. p. 528-34.
68. Meigs JV. The vaginal smear: practical applications in the diagnosis of cancer of the uterus. *J Am Med Assoc*. 1947;133(2):75-8.
69. Erickson CC. Exfoliative cytology in mass screening for uterine cancer: Memphis and Shelby County, Tennessee. *CA Cancer J Clin*. 1955;5(2):63-4.
70. Instituto Nacional do Câncer (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). Falando sobre câncer do colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2002 [25 Nov 2016]. Disponível em http://www.inca.gov.br/publicacoes/falando_cancer_colo_uterio.pdf.
71. Nogueira ACC, Silva LB. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. *Vértices*. 2009;11(1/3):7-17.

72. Instituto Nacional de Câncer (BR). Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, INCA; 2010.
73. Instituto Nacional de Câncer (BR). Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, INCA; 2013.
74. Instituto Nacional de Câncer (BR). Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, INCA; 2013.
75. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia prático sobre HPV: guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
76. Anjos SJSB, Vasconcelos CTM, Franco ES, Almeida PCd, Pinheiro AKB. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):912-20.
77. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia. 2a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
78. Silva P, Oliveira MDS, Matos MA, Tavares VR, Medeiros M, Brunini S, et al. Comportamento de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. *Rev Eletrôn Enferm*. 2005;7(2):185-9.
79. Longatto Filho A, Etlinger D, Gomes NS, Cruz SV, Cavalieri MJ. Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos. *Rev Inst Adolfo Lutz*. 2003;62(1):31-4.
80. Silva MRB, Silva GP. O conhecimento, atitudes e prática na prevenção do câncer uterino de uma unidade da zona oeste Rio de Janeiro. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2012;4(3):2483-92.
81. Instituto Nacional de Câncer (BR). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
82. Tami T, Waller J. Perceived vulnerability to cancer and vaccination in rural Georgia. *J Adolesc Health*. 2011;48 Suppl 2:S18-20.
83. Hall S, French DP, Marteau TM. Do perceptions of vulnerability and worry mediate the effects of a smoking cessation intervention for women attending for a routine cervical smear test? An experimental study. *Health Psychol*. 2009;28(2):258-63.
84. Veloso R, Bezerra V. Gênero e Sociedade: uma breve introdução à dimensão de gênero nas relações sociais. *Rev Teor Soc*. 2004;1(12):106-25.
85. Ferreira MLSM, Galvão MTG. Avaliação do risco de câncer de colo uterino em trabalhadoras de indústria têxtil. *Cienc Cuid Saúde*. 2009;8(1):86-92.
86. Cruz LMBD, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc*. 2008;17(2):120-31.

87. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: HUCITEC- ABRASCO; 2014.
88. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5a ed. São Paulo: Centauro; 2005.
89. Ayres JR, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.
90. Ayres JR, Paiva V, França Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos [mimeogr]. In: Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. São Paulo: NEPAIDS; 2010.
91. Ayres JR, Paiva V, França-Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos- prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. Livro 1, p. 71-94.
92. Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. Livro 1, 320 p.
93. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes; 2012. 456 p.
94. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003. 404 p.
95. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad Saúde Pública. 1993;9(3):300-8.
96. Mariotti SR. O perfil e as representações de mulheres com alterações do papanicolau. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006.
97. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. 406 p.
98. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2a ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
99. Fernandes SMC. Representações sociais e Educação Especial: sentidos, identidade, silenciamentos. Ciênc Saúde Colet. 2003;9(24):14-9.
100. Couto HRM. A percepção das mulheres frente à participação no grupo operativo no programa saúde da família na perspectiva da prevenção do câncer do colo uterino: uma investigação sobre representações sociais [dissertação]. Divinópolis: Universidade do Estado de Minas Gerais; 2008.
101. Machado AL, Oliveira SB, Silva WV, Hupsel ZN. Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(3):486-97.

102. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface* (Botucatu). 2006;10(20):517-24.
103. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber; 2005.
104. Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2003a. (Desdobramentos).
105. Alvântara AM, Vesce GEP. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa [Internet]. Curitiba: PUC; 2008 [citado 10 Jan 2013]. Disponível em www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf.
106. Lefevre F, Lefevre AMC. O pensamento coletivo como soma qualitativa [Internet]. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública; 2003b [citado 10 Jan 2013]. Disponível em <http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/soma%20qualitativa%209%20de%20fevereiro%20de%202004.htm>.
107. Universidade Estadual Paulista. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu [Internet]. Botucatu: Unesp; 2016 [citado 21 Set 2016]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/#1402055065-2-63>.
108. Moreira RCR. Sentidos que fundam modos de ser de gestantes na prevenção do câncer do colo do útero [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013.
109. International Agency of Research on Cancer. IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J*. 1986;293(6548):659-64.
110. U. S. Preventive Services Task Force. Recommendation statement on screening for cervical cancer [Internet]. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Task Force; 2012 [citado 21 Dez 2016]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/cervical-cancer-screening#clinical>.
111. Public Health England. Colposcopy and programme management: guidelines for the NHS cervical screening programme [Internet]. 2nd ed. London: NHS Cancer Screening Programmes; 2010 [27 Set 2016]. Available from: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp20.pdf>.
112. Teles C, Muniz M, Ferrari R. Smoking associated with precursor lesions for cancer of uterine cervix. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(9):5427-34.
113. Oliveira AC, Pessoa RS, Carvalho AMC, Magalhães RLB. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. *Rev Rene*. 2014;15(2):240-8.
114. Libera LS, Alves GN, Souza HG, Carvalho MA. Avaliação da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) em exames citopatológicos. *Rev Bras Anal Clin*. 2016;48(2):138-43.

115. Eduardo KGT, Moura ERF, Nogueira PSF, Costa CBJ, Pinheiro AKB, Silva RM. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. *Rev Rene*. 2012;13(5):1045-55.
116. Zardo GP, Farah FP, Mendes FG, Franco CAGS, Molina GVM, Melo GN, et al. Vacina como agente de imunização contra o HPV. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(9):3799-808.
117. Lara LA, Abdo CH. Aspectos da atividade sexual precoce. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(5):199-202.
118. Oliveira GR, Caldeira TDM, Barral MFM, Döwich V, Soares MA, Conçalves CV, et al. Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(5):226-32.
119. Novais TGG, Laganá MTC. Epidemiologia do câncer de colo uterino em mulheres gestantes usuárias de um serviço de pré-natal público. *Saúde Colet*. 2009;6(27):7-13.
120. Kenne E, Gassen M, Santos C, Reis L, Bullé D, Renner J. Diagnóstico molecular de HPV em amostras cérvico-vaginais de mulheres que realizaram o Papanicolaou. *Cinergis*. 2014;15(4):201-6.
121. Ribas-Silva R, Silva D. Prevalência de mulheres infestadas pelo papilomavírus humano em Ubitatã-Paraná. *SaBios: Rev Saúde Biol*. 2013;8(1):69-76.
122. Hackenhaar AA, Cesar JÁ, Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):103-11.
123. Stöfler MECW, Nunes RD, Schneider IJC. Avaliação de fatores associados às lesões HPV induzidas do colo uterino. *Arq Catarinenses Med*. 2011;40(3):84-9.
124. Figueiredo T, Souza CQ, Castilho EM, Silva TMR, Silva EP, Siqueira LG, et al. Análise do perfil de mulheres com lesões pré-cancerosas de colo do útero. *Saúde Rev*. 2015;15(41):3-13.
125. Anjos SJSB, Ribeiro SG, Lessa PRA, Nicolau AIO, Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):508-13.
126. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
127. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
128. Tadesse SK. Socio-economic and cultural vulnerabilities to cervical cancer and challenges faced by patients attending care at Tikur Anbessa Hospital: a cross sectional and qualitative study. *BMC Women's Health*. 2015;15(75):1-12.

129. Dias EG, Santos DDC, Dias ENF, Alves JCS, Soares LR. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. *Rev Saúde Desenvol*. 2015;7(4):135-46.
130. Gaspar J, Quintana SM, Reis RK, Gir E. Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papilomavírus humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):74-81.
131. Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Mulheres portadoras de lesões precursoras do câncer do colo do útero e HPV: descrição do perfil socioeconômico e demográfico. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2011;23(1):28-33.
132. Lucena LT, Zãn DG, Crispim PTB, Ferrari JO. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*. 2011;2(2):45-50.
133. Greil A, McQuillan J, Benjamins M, Johnson DR, Johnson KM, Heinz C. Specifying the effects of religion on medical helpseeking: the case of infertility. *Soc Sci Med*. 2010;71(4):734-42.
134. Pin APMS. Um olhar econômico sobre a prevenção do câncer de colo de útero no Brasil: evidências a partir dos dados da pesquisa nacional de saúde [dissertação]. Palmas (Tocantins): Universidade Federal do Tocantins; 2016.
135. Candon D. The effects of cancer on older workers in the English labour market. *Econ. Hum. Biol*. 2015; 18:74–84.
136. Peralta TO. Terapêutica do cancro e princípios da bioética [dissertação]. Coimbra (PT): Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 2015.
137. Silva SR, Silveira CF, Gregório CCM. Motivos alegados para a não realização do exame de Papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. *Rev Min Enferm*. 2012;16(4):579-87.
138. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*. 2016 Sep 19. doi: 10.1002/pon.4287. Review.
139. Wijkerslooth TR, de Haan MC, Stoop EM, Bossuyt PM, Thomeer M, van Leerdam ME, et al. Reasons for participation and nonparticipation in colorectal cancer screening: a randomized trial of colonoscopy and CT colonography. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(12):1777-83. doi: 10.1038/ajg.2012.140.
140. Santos ACS, Varela CDS. Prevenção do câncer de colo uterino: motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou. *Rev Enferm Contemp*. 2015;4(2):179-88.
141. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(2):378-84.
142. Silva MAS, Teixeira EMB, Ferrari RAP, Cestari MEW, Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. *Rev Rene*. 2015;16(4):532-9.

143. World Health Organization. Screening for cervical cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 26 Set 2016]. Disponível em: http://www.who.int/cancer/detection/cervical_cancer_screening/en.
144. Corrêa DAD, Villela WV, Almeida AM. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(2):395-400.
145. Rico AM. O exame certo para mulheres certas: Papanicolaou e feminilidade na perspectiva de mulheres de bairros populares de Salvador, BA. In: Teixeira L. Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2015. p. 115-63.
146. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2329-38.
147. Ferreira JEL, Alves MC, Martins MCV, Rosa MPRS, Gonçalves MC. Perfil da população atendida em um consultório de atendimento integral à saúde da mulher. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde*. 2015;3(1):127-40.
148. Frigo LF, Zambarda SO. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. *Cinergis*. 2015;16(3):164-8.
149. Araújo AO, Lira ACB, Fortes CMMS, Ribeiro JF, Barros RGM. Perfil clínico e epidemiológico da mulher idosa com câncer de colo do útero em Teresina-PI, 2008-2012. *Rev Multiprof Saúde Hosp São Marcos*. 2013;1(2):4-13.
150. Rosa LM, Hammerschmidt KSA, Radünz V, Ilha P, Tomasi AVR, Valcarenghi RV. Avaliação e classificação da estenose vaginal pós-braquiterapia. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e3010014.
151. Ressel LB, Stumm KE, Rodrigues AP, Santos CC, Junges CF. Exame preventivo do câncer de colo uterino: a percepção das mulheres. *Av Enferm*. 2013;31(2):65-73.
152. Carvalho MCMP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Representações sociais de mulheres em idade reprodutiva sobre lesões precursoras do câncer cervicouterino. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(4):943-51.
153. Rama CH, Roteli-Martins CM, Derchain SFM, Longatto-Filho A, Gontijo RC, Sarian LOZ. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(10):123-30.
154. Souza AC, Suassuna DSB, Costa SML. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com Aids. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*. 2009;21(1):22-6.
155. Nicolau AIO. Conhecimento, atitude e prática de presidiárias quanto ao uso do preservativo masculino e feminino [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade do Ceará; 2010.
156. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2013;2:35. doi: 10.1186/2046-4053-2-35.

157. Vale DB, Bragança JF, Moraes SS, Zeferino LC. Protection against squamous cell carcinoma and cervical adenocarcinoma afforded by cervical cytology screening: a cross-sectional study. *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(2):321-8.
158. Anttila A, Von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur J Cancer*. 2009;4(15):2649-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2009.07.020>
159. Carvalho MCMP, Queiroz ABA, Moura MAV. Imagens sociais de mulheres com lesões precursoras do câncer cérvico-uterino: estudo de representações sociais. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(3):383-8.
160. Silva MS, França AFO, Cardoso LL, Carvalho FF, Silva RMM. Vivências de mulheres face ao diagnóstico de câncer cérvico-uterino: revisão integrativa da literatura. *Rev Pleiade*. 2016;8(16):16-25.
161. Pinheiro MLA, Martins FDP, Rafael CMO, Lima UTS. Oncological patient in palliative care: the perspective of the family caregiver. *J Nurs UFPE on line*. 2016;10(5):1749-55.
162. Dallabrida FA, Loro MM, Rosanelli CLSP, Souza MM, Gomes JS, Kolankiewicz ACB. Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo do útero. *Rev Rene*. 2014;15(1):116-22.
163. Santos ALA, Moura JFP, Santos CAAL, Figueiroa JN, Souza AI. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com câncer do colo do útero em tratamento radioterápico. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(3):507-15.
164. Fernandes WC, Kimura M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(3):65-72.
165. Corrêa CSL, Guerra MR, Leite ICG. Qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero: uma revisão sistemática da literatura. *Femina*. 2013;41(3):131-40.
166. Pinho MCV, Jodas DA, Scochi MJ. Profissionais de saúde e o programa de controle do câncer do colo uterino e mama. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):242-51.
167. Concha PMX, Urrutia SMT. Calidad de atención programa AUGE cáncer cérvicouterino: diferencias y similitudes entre usuarias y profesionales. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011;76(5):294-301.
168. Sehnem GD, Budó MLD, Ressel LB, Büttendbender E. A reflective exercise on the issue of sexuality in the view of undergraduate nursing students: evaluating the process. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2008 Mar [citado 30 Set 2016];7:1. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1064>.doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20081064>
169. Kaufert P. Screening the body: the pap smear and the mammogram. In: Lock M, Young A, Cambrosio A, editor. *Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 165-83.

170. UF Health Cancer Center. Orlando Health. Nurse Navigators [Internet]. Orlando: UF Health Cancer Center; 2016 [citado 28 Dez 2016]. Disponível em: <http://www.ufhealthcancerorlando.com/our-services/nurse-navigators>.
171. Oncology Nursing Society. Oncology Nursing Navigator Core Competencies [Internet]. Pittsburg: ONS; 2013 [citado 28 Dez 2016]. Disponível em: https://www.ons.org/sites/default/files/ONNCompetencies_rev.pdf.
172. Percac-Lima S, Benner CS, Lui R, Aldrich LS, Oo SA, Regan N, et al. The impact of a culturally tailored patient navigator program on cervical cancer prevention in latina women. *J Women's Health*. 2013;22(5):426-31. doi:10.1089/jwh.2012.3900.
173. Salimena AMO, Oliveira MTL, Paiva ACPC, Melo MCSC. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2014;4(1):909-20.
174. Silva SED, Cunha JO, Marques-Neto AC, Costa JG, Trindade FA, Fonseca ALG, et al. As representações sociais do câncer de mama e no colo do útero no conhecimento da enfermagem brasileira. *Rev Eletrôn Gestão Saúde*. 2013;4(3):1130-45.
175. Moraes MAA, Saleh AK, Martins ACP, Silva CP, Dourado FS, Silva LM. Processo saúde doença das mulheres com câncer cérvico uterino nas redes de atenção. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2016;14(1):355-65.
176. Soares MLCA, Trezza MCSF, Oliveira SMB, Melo GC, Lima KRS, Leite JL. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):317-23.
177. Veras LAT, Veras-Junior EFV, Carvalho PMG. Enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico. *Rev Interdisciplin*. 2015;8(2):195-201.
178. Dantas CN, Enders BC, Salvador PTCO, Alves KYA. A consulta de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino para mulheres que a vivenciaram. *Rev Rene*. 2012;13(3):591-600.
179. Linard AG, Silva FAD, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(4):493-8.
180. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(3):389-98.
181. Erdmann AL, Souza FGM, Backes DS, Mello ALSF. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2):180-5.
182. Maieski VM, Sarquis LMM. Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influencia sobre o trabalho. *Cogitare Enferm*. 2007;12(3):346-52.
183. Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Ribeiro CV, Meincke SMK, Corrêa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):502-8.

184. Albuquerque ZBP, Tavares SBN, Manrique EJC, Souza ACS, Neves HCC, Valadares JG, et al. Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO. *Rev Eletron Enferm* [Internet]. 2011 abr/jun [citado 3 Jan 2017];13(2):239-49. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a10.htm>.

185. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet*. 2016 Nov 1;pii: S0140-6736(16)31392-7. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31392-7

186. Ginsburg O, Badwe R, Boyle P, Derricks G, Dare A, Evans T, et al. Changing global policy to deliver safe, equitable, and affordable care for women's cancers. *Lancet*. 2016 Nov 1. pii: S0140-6736(16)31393-9. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31393-9.

187. Denny L, de Sanjose S, Mutebi M, Anderson BO, Kim J, Jeronimo J, et al. Interventions to close the divide for women with breast and cervical cancer between low-income and middle income countries and high-income countries. *Lancet*. 2016;pii: S0140-6736(16)31795-0. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31795-0.

188. Chorley AJ, Marlow LA, Forster AS, Haddrell JB, Waller J. Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organized programme: a systematic review and thematic synthesis. *Psycho-Oncology*. 2016 Apr 12. doi: 10.1002/pon.4126.

189. Franceschi S, Vaccarella S. Beral's 1974 paper: A step towards universal prevention of cervical cancer. *Cancer Epidemiol*. 2015c;39(6):1152-6. doi: 10.1016/j.canep.2015.10.019. Review.