

Bianca Nunes Pimentel  
(Organizadora)



# Saúde Coletiva:

---

Uma construção teórico-prática  
permanente 3

Bianca Nunes Pimentel  
(Organizadora)



# Saúde Coletiva:

---

Uma construção teórico-prática  
permanente 3

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



## Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente 3

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadora:** Bianca Nunes Pimentel

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde coletiva: uma construção teórico-prática permanente 3 / Organizadora Bianca Nunes Pimentel. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0367-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.678222106>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Pimentel, Bianca Nunes (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br



## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## APRESENTAÇÃO

A saúde dos brasileiros é reconhecida como um direito social básico desde a Constituição de 1988. No entanto, a Saúde Coletiva surge muito antes, quando aqueles que assumiram um compromisso de melhorar a saúde e a qualidade de vida da sociedade travaram uma luta contra a desigualdade social, a instabilidade política, as crises econômicas e os privilégios históricos. Refere-se, portanto, a uma construção social, a partir das necessidades e expectativas da própria população.

A teoria em Saúde Coletiva parte da investigação das necessidades e das experiências cotidianas que evoluem de acordo com as transformações sociais e culturais, gerando novos diálogos, em um processo de retroalimentação, por isso uma construção permanente. Dessa forma, esta obra não tem a pretensão de esgotar o tema proposto, pelo contrário, é uma composição para fomentar novos debates, resultado de recortes atuais e projeções sobre a saúde coletiva, a partir do olhar de profissionais de variadas formações com práticas e experiências plurais.

O livro “Saúde Coletiva: uma construção teórico-prática permanente 2” é composto por dois volumes. No volume 2, os capítulos exploram a Educação em Saúde, Metodologias de Ensino e de Pesquisa, atualizações em Epidemiologia e Políticas Sociais, Infância e Adolescência, Educação Sexual e Reprodução Humana Assistida. O volume 3, por sua vez, traz reflexões sobre Saúde Bucal, Judicialização da Saúde, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Sexualidade, Saúde da Mulher, Saúde e Religiosidade, Desigualdades Sociais e Práticas Integrativas e Complementares.

Por tratar-se de uma obra coletiva, agradeço aos autores e às autoras, bem como suas equipes de pesquisa, que compartilharam seus estudos para contribuir com a atualização da literatura científica em prol de melhorias na saúde dos brasileiros, bem como à Atena Editora por disponibilizar sua equipe e plataforma para o enriquecimento da divulgação científica no país.

Boa leitura!

Bianca Nunes Pimentel




## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO TERCIÁRIA**

Davi Oliveira Bizerril

Carlos Levi Menezes Cavalcante

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221061>

### **CAPÍTULO 2..... 14**


#### **TENDÊNCIA À JUDICIALIZAÇÃO NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NO SUS: DADOS DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Isabel de Fátima Alvim Braga

Laila Zelkovicz Ertler

Eliana Napoleão Cozendey-Silva

William Weissmann

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221062>

### **CAPÍTULO 3..... 25**

#### **ATIVIDADE EDUCATIVA INTERPROFISSIONAL SOBRE A TEMÁTICA PREVENÇÃO DE QUEDAS COM O PÚBLICO IDOSO**

Beatrice de Maria Andrade Silva

Maria Eduarda Jucá da Paz Barbosa

Rafaela Tavares Pessoa

Caroline Moreira Arruda

Laura Pinheiro Navarro


Samuel da Silva de Almeida

Vicente Nobuyoshi Ribeiro Yamamoto

Bárbara Melo de Oliveira

Aline Aragão de Castro Carvalho

João Emanuel Dias Tavares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221063>

### **CAPÍTULO 4..... 35**

#### **ATIVIDADES REALIZADAS EM UM CENTRO-DIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS: UMA PESQUISA-AÇÃO**

Célia Maria Gomes Labegalini

Roseli Brites da Costa Rizzi

Monica Fernandes Freiburger

Iara Sescon Nogueira

Heloá Costa Borim Christinelli

Kely Paviani Stevanato

Maria Luiza Costa Borim


Maria Antonia Ramos Costa

Luiza Carla Mercúrio Labegalini

Dandara Novakowski Spigolon

Ana Carolina Simões Pereira

Giovanna Brichi Pesce


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221064>

**CAPÍTULO 5..... 51**

**CONTRIBUIÇÕES DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO E APOIO AO CUIDADOR DE PESSOA IDOSA**

Marcia Liliane Barboza Kurz

Ana Paula Roethig do Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221065>

**CAPÍTULO 6..... 62**

**VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE**


Edivania de Almeida Costa

Amanda dos Santos Souza

Alisséia Guimarães Lemes

Patrícia Fernandes Massmann

Elias Marcelino da Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221066>

**CAPÍTULO 7..... 75**

**VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA A MULHER: ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO ESPÍRITO SANTO**

Franciéle Marabotti Costa Leite

Márcia Regina de Oliveira Pedroso


Karina Fardin Fiorotti

Ranielle de Paula Silva

Sthéfanie da Penha Silva

Dherik Fraga Santos

Getulio Sérgio Souza Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221067>

**CAPÍTULO 8..... 89**

**A IMPORTÂNCIA DO EXAME PAPANICOLAU E AS POLÍTICAS DE TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**


Pâmela Cristina Rodrigues Cavati

Genilce Daum da Silva

Maria Gabriela do Carmo Sobrosa

Shirley Marizete Sandrine de Oliveira

Maria Vanderléia Saluci Ramos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221068>

**CAPÍTULO 9..... 101**

**RELATO DE CASO DE TUMOR DE BAINHA DE NERVO PERIFÉRICO NA MAMA**


Maria Fernanda de Lima Veloso

Maria Beatriz Nunes de Figueiredo Medeiros

Maria Vitória Souza de Oliveira

Maria Augusta Monteiro Perazzo

Larissa Barros Camerino  
Darley de Lima Ferreira Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6782221069>

**CAPÍTULO 10..... 108**

**PANORAMA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO À MULHER NO BRASIL**


Nayara Sousa de Mesquita  
Pamela Nery do Lago  
Ronaldo Antônio de Abreu Junior  
Juliana da Silva Mata  
Natália Borges Pedralho  
Fabiano Pereira Lima  
Hirlla Karla de Amorim  
Karla Patrícia Figueirôa Silva  
Maria Virgínia Pires Miranda  
Fabiana Ribeiro da Silva Braga  
Laise Cristina Pantoja Feitosa  
Martapolyana Torres Menezes da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210610>

**CAPÍTULO 11..... 116**

**PRÁTICAS DE ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER: UMA REFLEXÃO**

Karla Pires Moura Barbosa  
Camila Emanoela de Lima Farias  
Carolline Cavalcanti Santana de Melo Tavares  
José Romero Diniz  
Maria do Socorro de Oliveira Costa  
Ryanne Carolynne Marques Gomes Mendes  
Ednaldo Cavalcante de Araújo  
Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210611>

**CAPÍTULO 12..... 125**

**SAÚDE E RELIGIOSIDADE: SABERES E PRÁTICAS DE DIRIGENTES RELIGIOSOS SOBRE SAÚDE**

Davi Oliveira Bizerril  
Dulce Maria de Lucena Aguiar  
Maria Vieira de Lima Saintrain  
Maria Eneide Leitão de Almeida  
Karinna Diogenes  
Lucas Matos Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210612>

<b>CAPÍTULO 13.....</b>	<b>137</b>
COVID -19 – UM OBSERVATÓRIO PRIVILEGIADO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS Teresa Denis  <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210613">https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210613</a>	
<b>CAPÍTULO 14.....</b>	<b>148</b>
“CUIDAR”: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO AMBIENTE UNIVERSITÁRIO Regina Aparecida de Moraes Virgínia Raimunda Ferreira  <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210614">https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210614</a>	
<b>CAPÍTULO 15.....</b>	<b>159</b>
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS COMUNIDADES INTERIORANAS ATRAVÉS DO PROJETO CHAMAS DA SAÚDE Orleilso Ximenes Muniz Helyanthus Frank da Silva Borges Alexandre Gama de Freitas Alan Barreiros de Andrade Cilomi Souto Arraz Jakson França Guimarães Noemi Henriques Freitas Luene Rebeca Fernandes da Cunha Jones Costa Fonseca Antônio Ferreira de Oliveira Júnior Warllison Gomes de Souza Ciro Felix Oneti  <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210615">https://doi.org/10.22533/at.ed.67822210615</a>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA.....</b>	<b>165</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO.....</b>	<b>166</b>

## A IMPORTÂNCIA DO EXAME PAPANICOLAU E AS POLÍTICAS DE TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Data de aceite: 01/06/2022

### **Pâmela Cristina Rodrigues Cavati**

Universidade UniRedentor  
São Mateus – Espírito Santo  
<https://orcid.org/0000-0003-0278-6265>

### **Genilce Daum da Silva**

Universidade São Camilo (USC)  
Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo  
<https://orcid.org/0000-0001-9732-7082>

### **Maria Gabriela do Carmo Sobrosa**

Instituto Federal do Espírito Santo (IFES)  
Cachoeiro de Itapemirim – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/4124367303388585>

### **Shirley Marizete Sandrine de Oliveira**

Universo Universidade Salgado de Oliveira  
São Mateus – Espírito Santo  
<https://orcid.org/0000-0002-1932-8642>

### **Maria Vanderléia Saluci Ramos**

Universidade Vale do Cricaré (UVC)  
São Mateus – Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/1744846514278221>

**RESUMO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica que busca apresentar a importância do exame Papanicolau e as políticas de tratamento do câncer do colo do útero com base nas políticas públicas existentes e nas possíveis políticas de saúde na área. No Brasil, o controle do câncer tem seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940. Após a criação do Sistema Único de

Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O câncer cervical é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, matando cerca de 230.000 mulheres por ano. Em países menos desenvolvidos, a incidência é cerca de duas vezes mais alta que em países mais desenvolvidos. A citologia vaginal do tumor, ou Papanicolau, é um método manual realizado por enfermeiras e médicos. A coloração multicolor de lâminas de vidro contendo células cervicais esfoliadas pode identificar células sugestivas de malignidade pré-invasiva. A adesão ao exame papanicolau é a melhor maneira de descobrir e tratar o problema a tempo. Não se trata de um câncer agressivo como os outros, principalmente se descoberto no início, mas a adesão ao exame e as formas de prevenção ainda são pouco difundidas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Exame Papanicolau. Câncer do Colo do útero. Saúde Pública. Políticas de Saúde.

### THE IMPORTANCE OF THE PANIC EXAM AND THE TREATMENT POLICIES OF CERVICAL CANCER: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

**ABSTRACT:** This is a literature review that seeks to present the importance of the Pap smear and cervical cancer treatment policies based on existing public policies and possible health policies in the area. In Brazil, cancer control has its starting point in pioneering initiatives by professionals who brought cytology and colposcopy to the country, starting in the 1940s.

After the creation of the Unified Health System (SUS) by the 1988 Constitution and its regulation by the Organic Health Law of 1990, the MS assumed the coordination of health policy in the country. Cervical cancer is the second most common cancer among women, killing an estimated 230,000 women each year. In less developed countries, the incidence is about twice as high as in more developed countries. Vaginal tumor cytology, or Pap smear, is a manual method performed by nurses and doctors. Multicolor staining of glass slides containing exfoliated cervical cells can identify cells suggestive of preinvasive malignancy. Adhering to the Pap smear is the best way to discover and treat the problem in time. It is not an aggressive cancer like the others, especially if discovered at the beginning, but adherence to the exam and forms of prevention are still not widespread.

**KEYWORDS:** Pap smear. Cervical Cancer. Public health. Health policies.

## 1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o controle do câncer tem seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia, a partir dos anos 1940 (BRASIL, 2016).

Em 1956, o presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro, atualmente integrado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino, e que tinha Arthur Campos da Paz em sua direção. Esta, possivelmente, foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país (BRASIL, 2016).

Em 1968, José Aristodemo Pinotti iniciou um programa de controle do câncer do colo do útero para Campinas e região, com base na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). No início dos anos 1970, João Sampaio Góes iniciou programa semelhante atingindo vários municípios do Estado de São Paulo com base na Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia, hoje designada Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), e no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) (BRASIL, 2016).

Outras iniciativas em menor dimensão ocorreram em outros locais do Brasil. Entre 1972 e 1975, o Ministério da Saúde (MS), por meio de sua recém-instituída Divisão Nacional de Câncer, desenvolveu e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que se destinava a enfrentar o câncer em geral, mas que deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero. Esta foi a primeira ação de âmbito nacional do MS (INCA, 2016).

Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. A principal contribuição desse Programa ao controle do câncer do colo do útero foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica (BRASIL, 2016).

Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que elaborou

o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-uterino”, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia: integração entre os programas existentes e entre eles e a comunidade para efetivar o atendimento às mulheres; ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia; articulação da rede primária com os serviços de níveis secundário e terciário para o tratamento. Uma grande contribuição do PRO-ONCO foi a realização da reunião nacional, em 1988, conhecida por “Consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino” (BRASIL, 2016).

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. O INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporando o PRO-ONCO. A manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levou a direção do INCA, atendendo solicitação do MS, a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto chamado “Viva Mulher”, dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica. Introduziu-se também a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer. Por ser um projeto-piloto, sua ação ficou restrita aos locais onde foi implementado: Curitiba, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe (BRASIL, 2016).

A avaliação de programas e serviços de saúde tem permitido o desenvolvimento de pesquisas com diferentes enfoques: cobertura, acesso, efetividade, eficiência, satisfação do usuário, qualidade técnica e científica, entre outros. Avaliar o escopo de uma intervenção é um pré-requisito para avaliar outras características, pois para discutir qualidade, impacto e satisfação do usuário, as atividades e serviços devem ser previamente oferecidos à população (ALBUQUERQUE, et al., 2009).

Com base nessa experiência, as ações foram expandidas para todo o país já como Programa Nacional de Controle do Colo do Útero – Viva Mulher. Foi desenvolvida a primeira fase de intensificação, no período de agosto a setembro de 1998, com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações e dos mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (INCA, 2016).

Em 1998, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998. A coordenação do Programa foi transferida para o INCA por meio da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999. Foi também nesse ano que se instituiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30 de agosto

de 1999).

Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção primária, bem como a ampliação de centros de referência possibilitaram a realização de uma segunda fase de intensificação, priorizando mulheres que jamais haviam se submetido ao exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos (INCA, 2011).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005).

A melhor forma de diagnosticar o câncer de colo do útero precocemente é fazer o exame Papanicolau periodicamente, que pode ser combinado com o teste para HPV. Como o Papanicolau se tornou rotineiro no país, diagnosticar lesões pré-invasivas (pré-cancerígenas) do colo do útero se tornou muito mais comum do que diagnosticar um câncer invasivo. Estar alerta para quaisquer sinais e sintomas de câncer de colo do útero também pode evitar atrasos desnecessários no diagnóstico da doença. A detecção precoce melhora as chances de sucesso do tratamento e impede que as alterações precoces das células do colo do útero se tornem cancerígenas (ONCOGUIA, 2020).

Com base no lastro inicial, propõe-se como objetivo desta revisão bibliográfica apresentar a importância do exame papanicolau, os dados referentes a sua incidência e as políticas públicas de atendimento e tratamento.

## 2 | O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer cervical é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, matando cerca de 230.000 mulheres por ano. Em países menos desenvolvidos, a incidência é cerca de duas vezes mais alta que em países mais desenvolvidos. A incidência do câncer cervical se manifesta na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta rapidamente até atingir o pico na faixa etária de 45 a 49 anos (FERREIRA, 2009).

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor (GOES, 2012).

O câncer de colo de útero é o terceiro tipo de câncer maligno com a maior frequência de acometimento em mulheres no Brasil e em outros países no processo de desenvolvimento. A prevalência desse tipo de câncer é maior quando comparada ao câncer de pele e de mama. Estima-se, que anualmente, 520 mil novos casos são registrados e aproximadamente 270 mil mulheres que desenvolvem o câncer de colo de útero morrem em consequência do surgimento de lesões cancerígenas graves. Somente no ano de 2016,



foram registrados 16.340 novos casos no Brasil e mais de 5 mil mortes por essa condição (SILVA, et al., 2018).

A neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem. Neoplasias podem ser benignas ou malignas. As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes, bem como o lipoma (que tem origem no tecido gorduroso), o mioma (que tem origem no tecido muscular liso) e o adenoma (tumor benigno das glândulas) são exemplos de tumores benignos. As neoplasias malignas ou tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (INCA, 2011).

O carcinoma endometrial é um tumor epitelial maligno, que exhibe diferenciação glandular, sendo, portanto, o adenocarcinoma seu principal tipo histológico, em 80% dos casos e está associado ao uso de estrogênio, esse hormônio desempenha um papel importante na etiologia da doença. Os tumores do Tipo I são de baixo grau de malignidade e estão relacionados ao estrogênio; os do Tipo II não estão associados ao estrogênio, e são os adenocarcinomas de células não serosas e não claras que apresentam maior taxa de mortalidade (FEBRASGO, 2010).

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma. Ele é responsável por 265 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. No Brasil, em 2018, eram esperados 16.370 casos novos, com um risco estimado de 17,11 casos a cada 100 mil mulheres. Em 2016, ocorreram 5.847 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,70 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2019).

### 3 | O EXAME PAPANICOLAU E SUA IMPORTÂNCIA

A citologia vaginal do tumor, ou Papanicolau, é um método manual realizado por enfermeiras e médicos. A coloração multicolor de lâminas de vidro contendo células cervicais esfoliadas pode identificar células sugestivas de malignidade pré-invasiva. A inspeção é realizada durante o planejamento familiar, inspeções pré-natais, exames ginecológicos e outras consultas. Geralmente é realizado na mesma mulher que participa dos serviços de saúde (JORGE et al., 2011).

Com o intuito de otimizar os recursos disponíveis, o exame Papanicolau deve ser oferecido às mulheres entre 25 e 65 anos e às que iniciaram a atividade sexual antes dessa faixa etária, com ênfase entre 45 e 49 anos (período

que corresponde ao pico de incidência das lesões precursoras e antecede o pico de mortalidade pelo câncer). Após duas colheitas anuais negativas, a periodicidade poderá ser trienal, permitindo identificar os casos nos quais possa ter ocorrido um resultado falso-negativo. No entanto, o câncer cervical está entre os cânceres mais incidentes no sexo feminino, ocupando, respectivamente, o segundo e o terceiro lugares no mundo e no Brasil (JORGE et al., 2011, s/p).

O exame Papanicolau tem a função de identificar doenças como o câncer de colo do útero e garantir que o tratamento seja realizado previamente, pois quanto antes iniciado, maiores serão as chances de cura. O câncer cervical, que é outro nome dado ao câncer de colo do útero, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres em todo o mundo, com aproximadamente 528.000 novos casos (OLIVEIRA, et al., 2018).

De acordo com as estimativas do Globocan 2012 as maiores taxas de incidência padronizada foram observadas em países menos desenvolvidos, chegando a 42,7 casos novos por 100 mil mulheres, na África Oriental, e as menores na Austrália/Nova Zelândia (5,5 por 100 mil mulheres) e Ásia Ocidental (4,4 por 100 mil mulheres). No Brasil, em 2014, estimou-se que o câncer de colo de útero foi o terceiro mais incidente entre as mulheres (15.590 casos novos), representando 5,7% dos cânceres nesse grupo (exceto pele não melanoma), com uma taxa de incidência de 15,3 casos novos por 100 mil mulheres (OLIVEIRA, et al., 2018, s/p).

O câncer do colo do útero merece grande atenção dos profissionais médicos, principalmente da equipe de enfermagem, e essa categoria pode controlar a doença promovendo a saúde, prevenindo e detectando precocemente a doença, além de fornecer ajuda para curar ou reduzir as funções causadas pela doença ou seu tratamento. Além das condições de perda estética, também deve ser tratadas na unidade de saúde da família (ANDRADE et al., 2013).

Na pesquisa realizada por Lima e colaboradores (2017) as mulheres, quando questionadas sobre os fatores que dificultam a realização do exame de Papanicolau, responderam que o medo da detecção de alguma patologia além de dor, vergonha e desinteresse, conforme evidenciado pelos depoimentos.

Ao diagnosticar e tratar o câncer do colo do útero em seus estágios iniciais ou em sua fase precursora, apresenta alto potencial de cura de até 100%, o que justifica o rastreamento de base populacional em mulheres. No Brasil, o exame de Papanicolau (citologia ou citologia oncológica) é recomendado para a população-alvo de mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram relações sexuais (OLIVEIRA, et al., 2018).

## **4 | PANORAMA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO BRASIL E NA AMÉRICA LATINA**

No Brasil, em 2018, segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA), eram esperados 16.370 casos novos, com um risco estimado de 17,11 casos a cada 100 mil mulheres. É

a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, excluído pele não melanoma. Em 2016, ocorreram 5.847 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,70 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2018).

O câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (BRASIL, 2019).

Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva, ou seja o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão, é classificada como carcinoma *in situ* como estágio inicial, muitas vezes, ele é considerado um pré-câncer, porque as células cancerosas estão apenas na camada superficial do colo do útero (BRASIL, 2019).

Segundo OPAS (2019), o câncer é a segunda principal causa de morte nas Américas, sendo que em 2018, houve 3.792.000 novos casos, 21% do total no mundo e 1.371.000 mortes por câncer na Região. Existe a previsão de que, até 2030, a carga de câncer aumentará em 32% para mais de cinco milhões de pessoas diagnosticadas a cada ano na Região, com base no envelhecimento da população, exposição a fatores de risco e transição epidemiológica. As maiores taxas de incidência de câncer são observadas nos Estados Unidos, Canadá, Uruguai, Porto Rico, Barbados, Argentina, Brasil, Cuba, Jamaica e Costa Rica.

A mortalidade por câncer é mais alta no Uruguai, Barbados, Jamaica, Cuba, Argentina, Haiti, Trinidad e Tobago, Suriname, Chile e República Dominicana. A cada ano, mais de 1,8 milhão de novos casos e cerca de 658 mil mortes ocorrem entre as mulheres nas Américas (OPAS, 2019).

Entre países desenvolvidos, subdesenvolvidos e em transição, existe uma grande diferença na incidência de exames Papanicolau realizados e no número de doenças detectadas. Mas, há que se considerar que nem todos os Países oferecem sistema público de saúde, e por isso, a realização do exame pode ser dificultada.

Como se trata de exame de baixo custo, facilita a realização através de laboratórios particulares. Em Países desenvolvidos, onde o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é melhor, o acesso à saúde, mesmo que particular, é facilitado, logo há que se presumir que as mulheres consigam obter o diagnóstico precoce. Mas o que os dados supracitados apontam, é que na América, os Países mais populosos (Estados Unidos e Brasil), são os que mais apresentam casos de câncer de colo do útero.

O diagnóstico certamente está ligado ao fato da realização do exame. Em Países pobres, exemplificando com o País mais pobre da América Latina, o Haiti, muitas mulheres não conseguem sequer diagnosticar a doença, e podem vir a óbito sem sequer saber o motivo.

## 5 | ANALISANDO A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida da população (BUSS, 2000).

Entre os fatores supracitados, além da insuficiência de recursos humanos, a demora das mulheres ou sua ausência ao serviço de saúde para realizar o exame preventivo, ou tomar conhecimento do resultado do exame preventivo pode estar associada ao modo como o profissional acolhe essas usuárias e como essas mulheres entendem a importância do exame preventivo (JORGE et al., 2011).

É necessário estimular a população feminina a determinar suas próprias metas de saúde e comportamentos, a aprender sobre saúde e doenças, com estratégias de intervenção e de apoio, com aconselhamentos e supervisão contínua. As áreas de interesse especial na promoção de saúde da mulher incluem a higiene pessoal, estratégias para detectar e prevenir doenças, em particular as doenças sexualmente transmissíveis (ISTs), tais como infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), e aspectos relacionados à sexualidade e ao funcionamento sexual, como contracepção, menopausa, entre outros (CASARIN, 2011).

Cada mulher é um ser único e possui sua própria singularidade e compreensão sobre o contexto que envolve o exame citopatológico. Um procedimento, a princípio simples aos olhos do profissional, pode ser percebido pela mulher como uma experiência agressiva, tanto física quanto psicologicamente, pois a mulher que busca o serviço traz consigo suas bagagens social, cultural, familiar e religiosa (JORGE et al., 2011).

Apesar da herança genética ser fator de grande relevância na determinação da suscetibilidade à doença, o desenvolvimento dessas morbidades se dá, primordialmente, por fatores ambientais e do estilo de vida. Estima-se que 75% dos casos novos de doenças não-transmissíveis poderiam ser explicados por dieta e inatividade física. O baixo condicionamento cardiorrespiratório, a pouca força muscular e o sedentarismo, por exemplo, aumentam em três a quatro vezes a prevalência da Síndrome Metabólica (COELHO, 2009).

A responsabilidade sobre as consequências de um sexo inseguro é constantemente despejada sobre as mulheres, como por exemplo quando acontece a gravidez. Fatores ligados ao conservadorismo social precisam ser superados, e a autonomia feminina estabelecida, para que a mulher se sinta segura ao buscar proteção e cuidados com a saúde (LAPLANCHE, 1995).

## 6 I RELAÇÃO E CUSTO DO TRATAMENTO E DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O exame Papanicolau é realizado no Brasil através do SUS. Trata-se de garantia do direito fundamental a saúde, que no Brasil é uma das garantias mais importantes, já que está diretamente ligada ao principal bem jurídico tutelado pelo Estado, a vida.

O custo do Exame Papanicolau é baixo, segundo o Instituto Oncoguia, o valor pago pelo SUS por cada exame é de R\$6,97. Entretanto, a grande demanda de exames a serem realizados, faz com que o custo total alcance cifras milionárias, o que dificulta a compra e reposição do estoque, já que o estado libera uma cota de exames mensalmente (ONCOGUIA, 2018).

O SUS não divulga os valores totais, mas é de se presumir, devido à complexidade que se observa, que o tratamento do câncer de colo de útero é muito mais custoso financeiramente e fisicamente, que a realização do exame. Todavia, a prevenção muitas das vezes é dificultada pela falta de exames, que não são comprados em quantidade suficiente para atender todas as mulheres.

Segundo Corrêa e Russomano (2012), o modelo de prevenção proposto para os países desenvolvidos, baseado na utilização da vacinação contra HPV e dos testes de detecção de HPV, não deve ser generalizado e importado para outros cenários sem a avaliação prévia da viabilidade, da sustentabilidade e da sua relação de custo-efetividade. Estratégias e tecnologias diversas estão sendo amplamente pesquisadas e avaliadas em países com diferentes padrões de desenvolvimento, o que contraria os interesses da indústria, pois esses países consistem em potenciais e atrativos mercados a serem explorados.

Sua incidência nos países em desenvolvimento é cerca de 5 vezes maior do que em países mais ricos. Cerca de metade das pacientes com esta neoplasia relatam nunca terem feito Papanicolau e a proporção daquelas que não fizeram regularmente é relevante (FEBRASGO, 2017).

Segundo Rico e Iriart (2013), outra questão envolvida na adesão à prática preventiva está relacionada aos valores morais inseridos nos significados e nas práticas relacionadas à doença. Torna-se mais difícil a visualização do câncer de colo uterino como risco potencial para mulheres com parceiro fixo, idade avançada e ausência de atividade sexual. Dessa forma, as estratégias de informações acerca da doença e do objetivo do preventivo são recomendadas a esse grupo de mulheres em especial.

De acordo com Santos e Melo (2011), outro aspecto a ser considerado é o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento efetivo. A disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde influenciam diretamente a sobrevida dos pacientes, que é aumentada ou diminuída conforme o acesso aos serviços de saúde, a existência de programas de rastreamento, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de meios diagnósticos e de

tratamento.

Em 2011, o Tribunal de Contas da União (TCU) divulgou relatório técnico baseado nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), indicando que os tratamentos oncológicos providos pelo SUS não ocorriam no tempo adequado (BRASIL, 2011).

Visando estabelecer prazos que garantam o tratamento dos pacientes diagnosticados com câncer em momento oportuno, foi publicada a Lei Federal nº 12.732/2012 fixando prazo de até 60 dias contados a partir da data da confirmação do diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor para que o paciente com neoplasia maligna inicie o tratamento no SUS (BRASIL, 2012).

## 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adesão ao exame papanicolau é a melhor maneira de descobrir e tratar o problema a tempo. Não se trata de um câncer agressivo como os outros, principalmente se descoberto no início, mas a adesão ao exame e as formas de prevenção ainda são pouco difundidas. A prevenção do câncer de colo uterino inclui a detecção precoce e a vacinação contra o HPV. Tanto a incidência como a mortalidade por câncer do colo do útero foram reduzidas significativamente em países desenvolvidos com programas organizados de rastreamento de base populacional com o exame citopatológico do colo do útero (Papanicolau). Também há que se tratar questões impostas à sociedade e que formaram tabus, difíceis de serem superados. A questão da vida sexual ativa em idades avançadas, da realização do sexo, e a marginalização da sexualidade feminina, são problemas que potencializam o câncer do colo do útero.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K.M.; et al. **Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 2009; 25(2): 301-309.

ANDRADE, S. S. C.; et al. **Compreensão de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família sobre o exame Papanicolaou.** Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18(8): 2301-2310.

BRASIL. **Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas do Governo.** Relatório de auditoria operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, DF: TCU; 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. 23 nov 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **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.** – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: (INCA, 2016).

\_\_\_\_\_. 2019: **HPV: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hpv>. Acesso: 29 de fev. de 2020

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp.163-177. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n9/1413-8123>. Acesso em: 11 de jul. 2019.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. **Educação em Saúde para a prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do Município de Santo Angelo/RS.** *Ciência. saúde coletiva* vol.16 n° 9 Rio de Janeiro Sept 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001000029](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000029). Acesso em: 12 de set. 2019.

COELHO, C.F.; BURINI, R.C. **Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional.** *Rev. Nutr.* vol.22 no.6 Campinas Nov./Dec. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000600015>. acesso 19 de set. 2019.

CORRÊA, F.M.; RUSSOMANO, F.B. **Novas Tecnologias de Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Quem de Fato se Beneficia?.** *Revista Brasileira de Cancerologia* 2012; 58(3): 525-527. Acesso em: 03 de mar. 2020.

FEBRASGO: **Manual de Orientação Ginecológica Oncológica.** Disponível em: [https://www.febasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais\\_Novos/Manual\\_Ginecologia\\_Oncologica.pdf](https://www.febasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Ginecologia_Oncologica.pdf). Acesso em: 28 de fev. 2020.

FEBRASGO. **Rastreamento para câncer de colo uterino: o que há de novo?.** Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/156-rastreamento-para-cancer-de-colo-uterino-o-que-ha-de-novo>. Acesso em: 03 de mar. 2020.

FERREIRA, M. L. S. M. **Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres.** *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2009; 13(2): 378-384.

GOES, Claudio. *Biologia. Fundamentos de oncologia.* Disponível em: [http://www.colegiogregormendel.com.br/gm\\_colegio/pdf/2012/textos/3ano/biologia/7.pdf](http://www.colegiogregormendel.com.br/gm_colegio/pdf/2012/textos/3ano/biologia/7.pdf). Acesso em: 10 de ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas da Mortalidade.** Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 28 de ago. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tipos de câncer: colo de útero,** 2014 Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao). Acesso em: 20 de ago. 2019.

JORGE, R. J. B.; et al. **Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(5): 2443-2451.

LAPLANCHE, J. **Vida e morte em psicanálise.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

LIMA, M.B.; et al. **Motivos que influenciam a não realização do exame papanicolaou segundo a percepção das mulheres.** Temas em Saúde, 2017; 17(1): 353-369.

OLIVEIRA, M. M, et al. **Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2018; 21(1): 1-21.

\_\_\_\_\_. 2020. **Câncer, uma doença genética.** Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-uma-doenca-genetica/10840/7/>. Acesso em: 10 de set. 2019.

OPAS/OMS/BRASIL. **Câncer de colo do útero é 3º mais comum entre mulheres na América Latina e Caribe.** Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5865:cancer-de-colo-do-utero-e-3-mais-comum-entre-mulheres-na-america-latina-e-caribemas-pode-ser-prevenido&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5865:cancer-de-colo-do-utero-e-3-mais-comum-entre-mulheres-na-america-latina-e-caribemas-pode-ser-prevenido&Itemid=839). Acesso em: 16 de set. 2019.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B.; **Tem mulher, tem preventivo: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, 2013; 29(9):1763-1773.

SANTOS, R.S.; MELO, E.C.P.; **Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino.** Esc Anna Nery, 2011; 15(2):410-416.

SILVA, J. P.; et al. **Exame Papanicolaou: fatores que influenciam a não realização do exame em mulheres de 40 a 65 anos.** Arq. Ciênc. Saúde, 2018; 25(2): 15-19.



## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acolhimento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 141  
Agentes comunitários de saúde 27, 53  
Agressor 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 88  
Área rural 67, 69, 70, 73, 88  
Assistência social 9, 51, 52, 59, 60, 61, 75, 138, 161, 162  
Atenção básica 26, 157, 160  
Atenção terciária 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11

### C

Câncer de colo de útero 92, 94, 96, 97, 111, 112, 162  
Centro-dia 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49  
Corpo de Bombeiros 159, 160, 161, 164  
Covid-19 11, 12, 28, 137, 138, 139, 142, 144, 145, 146, 147, 164  
Cuidador de pessoa idosa 51, 52, 57

### D

Decisões judiciais 21, 22  
Desejo sexual 68, 71, 72, 74  
Desigualdades sociais 137, 139, 142  
Diagnóstico situacional 161  
Dirigentes religiosos 125, 128, 133  
Disfunção sexual 71

### E

Envelhecimento 21, 25, 27, 28, 32, 33, 36, 37, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 57, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 70, 72, 73, 74, 95, 117, 138, 139, 141, 147  
Equipamento social 25, 27, 28  
Especialidade 7, 16, 17, 18, 21  
Espiritualidade 40, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 126, 127, 130, 132, 133, 134, 136  
Estudantes 142, 148, 149, 150, 151, 152, 155, 156  
Exame Papanicolau 89, 92, 93, 97, 98, 100

### F

Fornecimento de medicamentos 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24

## H

Histogênese 101, 103

Humanização 1, 2, 12, 13, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 121

## I

Idosos 11, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 57, 58, 61, 62, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 136, 138, 139, 140, 141, 144

Indústria farmacêutica 22, 23, 150

Interdisciplinaridade 51, 55, 61

## J

Judicialização 14, 15, 16, 23

## M

Mama 68, 90, 92, 95, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 111, 112, 120

Metástase 101, 103, 105

## N

Neoplasia 91, 93, 95, 97, 98, 102, 107

## P

Parto 111, 113, 114, 119, 120

Práticas integrativas e complementares 148, 154, 157, 158

Práticas religiosas 134

Prevenção de quedas 25, 27, 28, 30, 33, 34, 58

Promoção da saúde 23, 26, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 41, 43, 48, 49, 50, 56, 99, 115, 116, 117, 118, 121, 137, 142, 144

## Q

Qualidade de vida 12, 24, 26, 33, 36, 37, 43, 45, 48, 49, 50, 54, 56, 59, 60, 62, 68, 72, 99, 116, 118, 121, 133, 144, 145, 156

## R

Rede materna e infantil 113, 114

## S

Saúde bucal 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 54, 58, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 161

Saúde da mulher 69, 76, 90, 96, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119,

121

Saúde mental 44, 58, 59, 77, 78, 120, 136

Sexualidade 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 96, 98

Sistema de informação 78, 80, 82, 83, 91

## **T**

Terceira idade 12, 40, 48, 49, 50, 62, 63, 64, 65, 72, 73, 74

Tumor maligno da bainha do nervo periférico 101, 103, 104

## **V**

Violência contra a mulher 76, 77, 85, 87, 88

Violência psicológica 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88



www.atenaeditora.com.br  
contato@atenaeditora.com.br  
@atenaeditora  
www.facebook.com/atenaeditora.com.br



# Saúde Coletiva:

---

Uma construção teórico-prática  
permanente 3

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
 @atenaeditora  
 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)



# Saúde Coletiva:

---

Uma construção teórico-prática  
permanente 3