

Coletânea de Estudos da Assistência à **Grupos Prioritários** na Atenção Primária à Saúde

José de Ribamar Ross
(Organizador)

Coletânea de Estudos da Assistência à **Grupos Prioritários** na Atenção Primária à Saúde

José de Ribamar Ross
(Organizador)



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO
MARANHÃO

FAPENMA

*Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento
Científico e Tecnológico do Maranhão*

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



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.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Prof^ª Dr^ª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª 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 Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^ª Dr^ª 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^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dr^ª Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Coletânea de estudos da assistência à grupos prioritários na atenção primária à saúde

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Giovanna Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: José de Ribamar Ross

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C694 Coletânea de estudos da assistência à grupos prioritários na atenção primária à saúde / Organizador José de Ribamar Ross. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-594-5

DOI 10.22533/at.ed.945201811

1. Saúde. 2. Aspectos sociais. 3. Assistência. 4. Grupos prioritários. 5. Atenção primária à saúde. I. Ross, José de Ribamar (Organizador). II. Título.

CDD 362.1042

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

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.

AGRADECIMENTO

Tenho plena convicção de que esta obra traz recortes que serão úteis a um compreensão sobre estratégia de atenção aos grupos prioritários atendidos pela atenção primária a saúde. Gostaria de externar meus agradecimentos a meus alunos concluintes do curso de graduação em enfermagem da UEMA – CAMPUS CAXIAS pela orientação agradável permitida pelos mesmos e, pelos resultados alcançados que resultou neste fruto ora colhido. Cada orientando contribui com um dos capítulos deste livro. Desejo sucesso a todos vocês nesta jornada que se apresenta.

Agradecimentos especiais pelas contribuições serão mencionados a seguir na construção, participação, preparação, revisão e idéias essenciais a organização do mesmo:

- Karin Viegas
- Jociel Ferreira Costa
- Natália Pereira Marinelli

José de Ribamar Ross

PREFÁCIO

Proferir algumas palavras desta obra me traz toda a honra e felicidade por fazer parte do meio de profissionais tão gabaritados e competentes que idealizaram o livro intitulado **Coletânea de estudos da assistência à grupos prioritários na Atenção Primária à Saúde**. Sua leitura remeterá a uma perspectiva pouco explorada, visto que as temáticas selecionadas apresentam um arcabouço de evidências científicas indispensáveis para uma assistência qualificada.

Este compilado é fruto de um extrato de monografias de alunos do Curso de Enfermagem do Centro de Estudos Superiores de Caxias da Universidade Estadual do Maranhão (CESC/UEMA) orientadas pelo organizador do livro, o professor Msc José de Ribamar Ross. Falar sobre o organizador é falar de dedicação, amor à profissão e ética.

O livro apresenta-se organizado em cinco capítulos com abordagem atual e inovadora, trazendo à luz a reflexão de um grupo de pesquisadores que se dedica ao desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade da assistência. Os capítulos são, a saber: **Estratégias para o rastreamento populacional do câncer de colo de útero e de mama; Tempo de diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer; Expressões de homens sobre o toque retal; Rastreamento de fatores de risco para doenças cardiovasculares em mulheres de comunidades quilombola e Falando sobre LGTBfobia no contexto escolar.**

Cada capítulo traz uma abordagem teórica e metodológica relacionados às diferentes temáticas como o câncer de colo do útero, mama e próstata; comunidades quilombolas e LGBT, constituindo-se uma importante fonte de consulta para estudiosos da área e afins, tendo em vista que demonstram a relevância de uma produção original e inovadora. Os resultados deste estudo remetem à questão da necessidade de os profissionais estarem preparados para atender cada indivíduo e suas peculiaridades, respeitando-o na sua diversidade.

Esta obra certamente irá orientar alunos, profissionais, e estudiosos da área para auxiliarem às “boas práticas” na atuação profissional. Portanto, convido os leitores a direcionarem seus olhares para a experiência pautada no cuidado holístico, humanizado e sensível. Que este estudo sirva para a ampliação de discussão das temáticas supracitadas, e sensibilize-nos para a avaliação das nossas próprias condutas durante as nossas atividades laborais.

Teresina, 29 de julho de 2020.

Profa Msc Natália Pereira Marinelli
Professora do Colégio Técnico de Teresina
Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA

José de Ribamar Ross

Karin Viegas

Natalia Pereira Marinelli

DOI 10.22533/at.ed.9452018111

CAPÍTULO 2..... 30

TEMPO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MULHERES COM CÂNCER

Raimunda Thays Cardoso dos Santos

Jose de Ribamar Ross

DOI 10.22533/at.ed.9452018112

CAPÍTULO 3..... 44

EXPRESSÕES DE HOMENS SOBRE O TOQUE RETAL

Moizés Alves de Almeida Neto

José de Ribamar Ross

DOI 10.22533/at.ed.9452018113

CAPÍTULO 4..... 57

RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM MULHERES QUILOMBOLAS

Rivane Sousa da Silva

José de Ribamar Ross

DOI 10.22533/at.ed.9452018114

CAPÍTULO 5..... 71

FALANDO SOBRE LGBTFOBIA NO CONTEXTO ESCOLAR

Georgianna Silva dos Santos

Jociel Ferreira Costa

Breno de Oliveira Ferreira

José de Ribamar Ross

DOI 10.22533/at.ed.9452018115

SOBRE O ORGANIZADOR..... 79

TEMPO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MULHERES COM CÂNCER

Raimunda Thays Cardoso dos Santos

Jose de Ribamar Ross

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, (2017) o câncer configura-se como um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento e dentre os tipos mais comuns os que mais acometem a população masculina e a feminina são, respectivamente, as neoplasias de próstata e as da mama excluindo os tumores de pele não melanoma que são os mais incidentes em ambos os sexos da população brasileira.

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado um intenso processo de urbanização e de mudanças no estilo de vida, especialmente, no que concerne às mulheres, com o progressivo envelhecimento populacional e o conseqüente aumento da expectativa de vida, redução da taxa de fecundidade e aumento da obesidade resultando na crescente incidência de doenças crônicas. (AZEVEDO e SILVA et al, 2014).

Neste contexto, a população feminina torna-se um seguimento fragilizado da população brasileira, uma vez que, a mulher quando acometida pelo câncer há um impacto devastador em si próprio, na família e na sociedade de modo geral. As mulheres são afetadas, principalmente, pelo câncer da mama, da pele não melanoma, pulmão, cólon, reto, colo do útero e estômago. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

Deste modo, existem inúmeros fatores determinantes para a escolha do caminho a ser percorrido por essas mulheres, bem como, conhecer as representações sobre o que é o câncer e o conceito de saúde, as formas de cura e de manter o bem-estar tanto físico como psíquico, os papéis desenvolvidos socialmente, o modo como elas relacionam-se com o próprio eu e com os outros, o contexto cultural e a resposta as suas condições socioeconômicas. (FEIJÓ et al., 2016).

Refletindo sobre essa problemática do câncer e fluxo que o usuário percorre dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1998, o Ministério da Saúde criou a portaria de nº 3.535 de 2 de setembro para estabelecer um sistema organizado em centros de alta complexidade com o objetivo de promover uma assistência oncológica de qualidade para os pacientes. (BRASIL, 1998).

Depois de 7 anos, ou seja, em 2005, uma nova portaria de nº 2.439 concebeu o câncer como um problema de grande proporção pública que necessitava ser conduzido a partir da articulação dos setores de saúde: baixa, média e alta complexidade baseando-se nos níveis de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos dentro dos princípios que sustentam o SUS. (TEIXEIRA et al., 2012).

A grande magnitude do câncer é refletida nas altas taxas de mortalidade cujas análises feitas pela Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) demonstram que o alto índice de mortalidade por câncer ocorre devido ao atraso no tempo de diagnóstico e tratamento, isto é, refere que os tratamentos oferecidos pelo

SUS e o tempo de diagnóstico não tem sido em tempo oportuno diferente do que ocorre nos países desenvolvidos como Reino Unido e Canadá nos quais os pacientes demoram de 28 dias a 1 mês para iniciar o tratamento após o diagnóstico. (BRASIL, 2011).

No Brasil, os bancos de dados que contêm as informações dos casos de câncer não utilizam cálculos para estimar o tempo que o paciente inicia o tratamento, ou seja, não há um sistema de dados específicos que estime oficialmente e precisamente o tempo de espera do diagnóstico e do intervalo de tempo do diagnóstico ao início do tratamento. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Segundo o Informativo de Vigilância de Câncer, (2011) nos países desenvolvidos esse tempo de espera do diagnóstico e tratamento ocorre em tempo hábil onde são altas as taxas de incidência e as taxas de mortalidade são menores diferenciando-se neste quesito do Brasil, no entanto, assemelhando-se aos tipos mais frequentes na população feminina que são os cânceres da mama e do colo do útero. (BRASIL, 2011).

Analisar o tempo de espera do diagnóstico e tratamento em mulheres com câncer acompanhadas por organizações de apoio social ao câncer no período de 2009 a 2016 constituiu o objetivo geral deste estudo, uma vez que, assim, pôde-se quantificar o tempo médio da demora no diagnóstico e no tratamento das pacientes que percorrem a rede do SUS além de conhecer os fatores que interferem no atraso do diagnóstico e do tratamento do câncer nas mulheres.

2 | HISTÓRICO DO CÂNCER NO BRASIL

Diante do cenário brasileiro no qual o câncer tomou uma proporção de grande magnitude da saúde pública o MS instituiu a portaria n° 874, de 16 de maio de 2013 da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). Tal política tem o objetivo de reduzir a mortalidade e complicações causadas pela enfermidade e também a incidência de alguns tipos de câncer, bem como, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio da promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (BRASIL, 2013).

Nessa trajetória histórica do câncer no Brasil o primeiro passo dado pelo MS foi instituir as portaria de n° 70, de dezembro de 1993 e a portaria de n° 3.535 de 1998 ambas da Secretaria de Assistência à Saúde. A primeira portaria foi criada com o intuito de organizar a grande demanda para tratamentos e, a segunda, para garantir atendimento integral aos pacientes com neoplasias malignas além de estabelecer uma rede de forma hierarquizada de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). (TEIXEIRA et. al., 2012).

Dentro do contexto do câncer a PNAO de 2005 foi proposta com o intuito de integrar ações no controle do câncer. Neste sentido, os cânceres de colo do útero e da mama ganharam enfoque significativo, uma vez que, são os tipos que mais têm demonstrado incidências e mortalidades elevadas no segmento feminino população alvo deste estudo. (BRASIL, 2011).

O controle dos principais tipos de cânceres baseia-se em algumas diretrizes em forma de objetivos e metas de prevenção do câncer da mama tais como aumentar a

cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer, a universalização desses exames a todas as mulheres, reduzindo desigualdades. (BRASIL, 2013)

Dessa forma, compreender a trajetória histórica do câncer no Brasil faz-se sumariamente importante, visto que, o Brasil experimentou inúmeras dificuldades para conseguir avanços na reivindicação quanto à melhora da assistência à saúde a estes pacientes e a população de forma geral que utiliza o sistema de saúde público. Assim, a continuidade dos esforços para melhorar a qualidade SUS continua, bem como, as políticas de controle e prevenção do câncer e outras doenças. (OLIVEIRA e CRUZ, 2015).

3 I O CÂNCER E SUA DINÂMICA NA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA BRASILEIRA

A transição demográfica do cenário brasileiro contribuiu para o aumento das doenças crônico-degenerativas, principalmente, o câncer. Muitos tipos de cânceres poderiam ser evitados se a exposição dos fatores determinantes fosse eliminada ou ainda se a malignidade fosse detectada na fase inicial da doença, o que traria melhores chances de cura no tratamento. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

Embora seja comprovado que em países em desenvolvimento como o Brasil quase 66% dos cânceres possam ser prevenidos e evitados este ainda é segunda maior causa de morte no país, já que, dos 500.000 casos novos em 2012, mais de 70% dos casos diagnosticados estavam em estadiamento tardio no qual não há mais chances de cura. (TEIXEIRA, 2012).

3.1 O câncer e sua Epidemiologia

Denomina-se câncer a um conjunto de mais de 100 doenças que apresentam crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Por dividirem-se aceleradamente essas células são muito agressivas e incontroláveis culminando na formação de tumores ou neoplasias malignas. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

Os cânceres podem ser causados por variados fatores de risco que atualmente apresentam papel e função bem estabelecidos em sua etiologia. Trata-se de uma doença de causas múltiplas tais como fatores ambientais, culturais, socioeconômicos, estilos de vida ou costumes, bem como, os hábitos de fumar, alimentares, fatores genéticos e o próprio processo de envelhecimento.

O câncer no rol das doenças crônicas representa uma das patologias que mais causa morte no país. Em 2011, a patologia foi responsável por 16,4% dos óbitos, sendo a segunda causa de mortalidade no país. (OLIVEIRA et al., 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou para ano de 2030, no mundo, 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas com a doença, estimativas essas que demonstram que a tendência da enfermidade é aumentar a cada ano, assim como, suas taxas de mortalidade e um contingente de pessoas doentes. (FARIAS e BARBIERI, 2016).

Os tipos de cânceres mais incidentes para o sexo feminino no ano de 2012 foram os tumores de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão. Dessas patologias citadas, as mais frequentes neste grupo no ano referido foram os tumores de pele não melanoma com 71.000 novos casos; mama, 53.000 e colo do útero 18.000 novos casos. Nos anos de 2014 e 2015 notou-se um crescente aumento dos números de casos novos. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Da generalidade dos casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados aos hábitos de vida tais como o cigarro causando o câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol; câncer de pele, e também alguns vírus causando leucemia. Além disso, o envelhecimento aumenta a suscetibilidade à transformação maligna, por isso, as mulheres ao aumentarem sua idade ficam mais propensas ao câncer. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

O controle dos fatores de risco modificáveis associados a doenças crônicas não transmissíveis faz parte das estratégias para reduzir a incidência, inclusive, do câncer. Essa pauta é discutida dentro do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

O aumento na incidência da doença tem sido atribuído à melhora da tecnologia diagnóstica e ao aumento da expectativa de vida, bem como, à ampliação de programas de rastreamentos. Em países desenvolvidos sua incidência é maior podendo está relacionada aos registros mais avançados, hábitos sedentários e reprodutivos e as taxas de mortalidade menores, entretanto, as taxas de mortalidade são altas nos países em desenvolvimento como o Brasil devido às desigualdades sociais e a falta de informação. (SOUZA et al. 2015).

A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Com exceção do câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer neste intervalo de tempo, perfil epidemiológico semelhante ao da América Latina e do Caribe, onde o câncer da mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

Considerando o panorama epidemiológico do câncer o MS instituiu a PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013 com o intuito de controlar a incidência da doença e diagnosticar em tempo oportuno, na qual refere às ações de promoção da saúde, prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno. Porém, embora haja inúmeras políticas voltadas para a atenção em oncologia as estimativas não são otimistas. (BRASIL, 2013).

3.2 O câncer no contexto das Doenças Crônico Degenerativas

Devido ao aumento crescente das doenças crônicas evidenciadas nos últimos anos no Brasil o governo brasileiro se preocupou em levar a situação à Organização das Nações Unidas (ONU) e apresentar um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no país. (DUNCAN et al., 2012).

O Plano de Ações propõe medidas que combatem os fatores de risco das doenças cardiovasculares, neoplasias e outras mais inseridas no rol das DCNT's. O tabagismo, o alcoolismo e o sedentarismo foram os mais citados no plano como os fatores principais que causam essas doenças, logo, as campanhas e estratégias foram direcionadas para a modificação desses hábitos de vida da população, em geral. (BRASIL, 2011).

Estudos tem mostrado uma redução do hábito tabagista nos últimos anos, fato que pode ser atribuído às campanhas de incentivo aos brasileiros em cessar com os hábitos tabagistas. O Brasil progrediu neste quadro tornando-se referência mundial, uma vez que, sua estratégia contou com a proibição de propagandas de cigarro e educação em saúde nas escolas acerca da temática essa progressão é resultado do plano referido. (MALTA et al., 2016).

Em relação ao uso do álcool o Brasil ainda vem se articulando para reduzir seu consumo, visto que, este hábito é a causa de muitas doenças crônicas como as hepáticas dentre outras. Algumas das ações voltadas para a redução do consumo de álcool foi a Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, iniciativa do Governo Federal de proibir a comercialização das bebidas alcoólicas em rodovias federais e a Lei Seca de nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012 que aumentou o valor da multa para motoristas embriagados. (MALTA et al., 2014).

4 | O PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DOS PRINCIPAIS CÂNCERES FEMININOS NO BRASIL E NO MARANHÃO

Os tipos de cânceres mais incidentes na população feminina no ano de 2012 foram os tumores de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e pulmão. Dos tipos de cânceres mais incidentes entre as mulheres no ano referido os tumores de pele não melanoma contabilizavam 71.000 novos casos; mama, 53.000 e colo do útero 18.000 novos casos. Nos dois anos subsequentes (2014 e 2015) esses valores aumentaram proporcionalmente. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Em 2012 o INCA lançou uma previsão para os novos casos de câncer entre a população de forma geral nos anos de 2014 e 2015 sendo estimada em aproximadamente 576.000 casos novos sendo o câncer de pele não melanoma (182 mil), seguidos pelos tumores de próstata (69.000), mama feminina (57 000), cólon e reto (33.000), pulmão (27.000), estômago (20.00) e colo do útero (15 mil). O número de casos novos no Maranhão em 2014 somente para as mulheres foi da ordem de 3.780 ocupando o câncer da mama. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

No estado maranhense as taxas brutas de mortalidade para os tipos de cânceres mais prevalentes nas mulheres foram de 7,24% para cada 100.000 mulheres para o câncer da mama, e para colo do útero foi de 11,57% nos anos de 2012 a 2013. No estado, foram estimados 570 casos novos para câncer da mama e 880 casos novos para o câncer do colo do útero em 2014. O câncer do colo do útero, no maranhão, diferente do panorama nacional e mundial é mais incidente na população feminina do que o câncer da mama e apresentou uma taxa de mortalidade de 9,52% nos anos de 2012 a 2013. (BRASIL, 2014).

No ano de 2016 foram estimados 550 casos novos de câncer de mama equivalente a uma taxa de 19,30 para 100 mil mulheres, no estado, enquanto na capital maranhense foram 240 casos novos para uma taxa bruta de 43,51%. No mesmo ano, estimaram-se 970 casos novos de câncer do colo do útero equivalente a uma taxa de 28,57 casos para 100 mil mulheres enquanto na capital incidiu 50 casos correspondendo a uma taxa de 8,62%. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

O Informativo de nº 06 de Vigilância do Câncer, (2015) apresentado pelo INCA traz

uma análise do perfil de assistência oncológica de 2007 a 2011 a partir de informações dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) que enviaram suas bases de dados para um Integrador RHC. Esses registros trazem informações como topografia, sexo, faixa etária, região geográfica, origem do encaminhamento, situação de diagnóstico e estado da doença ao final do primeiro tratamento. Recentemente, o RHC foi implantado no maranhão e traz informações que corroboram a incidência dos principais tipos de câncer feminino. (BRASIL, 2015).

Os cânceres de forma geral estão muito relacionados ao estilo de vida e sua predisposição genética. Grande parte dos fatores relacionados à doença se deve aos hábitos de vida adotados pela população, logo, as causas dessa ordem, principalmente, em países em desenvolvimento como o Brasil poderia ser evitado se houvesse a transformação dos hábitos de vida tornando-os mais saudáveis e se as lacunas do sistema não fossem tão marcantes no diagnóstico e tratamento tardio. (TEIXEIRA et al., 2012).

Além dos fatores já conhecidos que podem estar associados à incidência da patologia alguns tais como a idade avançada da primeira gestação, baixa paridade e amamentar por períodos curtos, são menos passíveis a intervenções de saúde pública, principalmente, nas sociedades modernas em que há, cada vez mais, uma maior participação profissional e social das mulheres. (AZEVEDO e SILVA et al, 2014).

4.1 Câncer da Mama

O Câncer da mama é o tipo mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano, raramente, surge antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, principalmente, após os 50 anos. Estatisticamente, suas taxas de incidência indicam elevação nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos. Seu prognóstico é bom quando diagnosticado precocemente. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

Segundo o INCA, (2016) a incidência do câncer na população feminina foi de 1,67% milhões para o câncer da mama em 2012 correspondendo a 1 em 4 de todos os tipos de cânceres diagnosticados entre as mulheres. As mais altas taxas de incidência encontram-se na Europa Ocidental e as menores taxas na Ásia Oriental. Este é o tipo de câncer que mais gera morte neste grupo, mundialmente, perdendo apenas para o câncer de pulmão. Em 2012 foram 580.000 mortes em decorrência deste tipo de câncer enquanto em 2014 o estimado para casos novos de câncer da mama foi em torno de 57.120. Enquanto em 2016, foi estimado 57.960 casos novos e 14.206 mortes causados pela doença.

Enquanto em alguns países a elevação da incidência do câncer da mama tem se associado à redução da mortalidade uma consequência muito provavelmente da melhoria do tratamento e do rastreamento como é o caso dos EUA que apresenta uma sobrevida de 84,1% em 5 anos. No Brasil, a alta incidência tem se associado ao aumento da mortalidade atingindo sobrevida de 67,5% em 5 anos, o que sugere falha no diagnóstico precoce e tratamento. (SOUZA et al. 2015).

O RHC traz o câncer da mama como a neoplasia mais frequente entre as mulheres em todas as regiões no período de 2007 a 2011 observou-se que 63,6% das pacientes concentraram-se na faixa etária de 40 a 64 anos, com maior proporção na faixa etária de

45 a 59 anos. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015).

O câncer da mama está entre os tipos de cânceres que apresenta prognóstico favorável quando detectado cedo, no entanto, um número significativo dessa enfermidade tem sido diagnosticado tardiamente. Neste caso, existe um obstáculo a ser vencido representado pelas dificuldades intrínsecas da paciente e do sistema de saúde envolvidas neste processo para evitar o diagnóstico e tratamento tardio deste tipo de câncer, para tanto, vencer este impedimento depende de múltiplos esforços imprimidos pelo sistema público e profissionais de saúde. (LOURENÇO, et al. 2013).

Existem vários fatores que podem contribuir para o aparecimento do câncer de mama dentre eles a nuliparidade, idade, tardia ao primeiro parto, menarca precoce, menopausa tardia, sedentarismo, dieta e obesidade. (SAMPAIO et al. 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde é preconizado o exame clínico anual para mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos de idade e a mamografia bienal para as mulheres entre 50 e 69 anos sendo as recomendações mais intensas para as mulheres pertencentes a grupos de alto risco. (SILVA et al. 2014).

4.2 Câncer do Colo do Útero

O câncer do colo do útero (CCU) também chamado de cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos do *Papillomavirus humano* - HPV sendo o terceiro mais incidente na população feminina brasileira. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

A patologia caracteriza-se pela multiplicação desordenada das células que revestem o útero, comprometendo o tecido subjacente denominado estroma com grande potencial invasor de outras estruturas e órgãos distantes. (THULER; AGUIAR; BERGMANN, 2014).

O CCU atualmente é uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, lançado pelo MS, em 2011. No país, foi estimado um número de 16.340 novos casos deste tipo de câncer em 2016 e a taxa de mortalidade registrada em 2013 foi de 5.430. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

O câncer de colo do útero se desenvolve a partir de lesões precursoras, que podem progredir se não forem detectadas e tratadas precocemente, seu alto índice nos países em desenvolvimento e em outros lugares, entre populações carentes, é em grande parte devido à deficiência nos programas de rastreio, que permite a detecção de lesões pré-cancerosas e câncer em estágio inicial. (FIGUEREDO, 2014).

Os principais fatores de risco para doença estão associados ao início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros, por isso, o Ministério da Saúde programou no calendário vacinal, em 2014, a vacina tetravalente contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos de idade. A vacinação juntamente ao exame preventivo (Papanicolau) se complementa como ações de prevenção deste câncer. Mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada (a partir dos 25 anos), deverão fazer o exame preventivo periodicamente, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

O RHC de 2007 a 2011 traz o câncer de colo do útero como sendo o segundo

mais frequente entre todas as regiões, observou-se casos diagnosticados já na faixa etária de 15 a 19 anos, entretanto, a maioria (54,8%) concentrou-se na faixa etária de 30 a 59 anos, com maior proporção na faixa etária de 40 a 49 anos. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015).

4.3 Rastreamento do Câncer da Mama e do Colo do Útero

O Rastreamento do câncer de mama consiste em identificar o câncer em seus estágios iniciais, em populações assintomáticas e, com isso, possibilitar a mudança em seu prognóstico. Em geral, são identificados três padrões de lesões: alterações benignas, lesões malignas in situ e lesões malignas invasivas. As lesões benignas estão associadas com um risco variável de câncer de mama, que vão do menor (lesões não proliferativas e sem atipias) ao maior risco (lesões proliferativas com atipias) e as malignas podem ser ductais e lobulares. (SILVA e HORTALE, 2012).

A detecção precoce do câncer de mama pode também ser feita pela mamografia, quando realizada em mulheres sem sinais e sintomas da doença, Os benefícios da mamografia de rastreamento incluem a possibilidade de encontrar o câncer no início e ter um tratamento menos agressivo, assim como menor chance de morrer da doença, em função do tratamento oportuno, além disso, também implica em certos riscos que precisam ser conhecidos como sobre diagnóstico, resultados incorretos e exposição aos Raios X. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolaou) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença pode ser feita em postos ou unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados. É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite reduzir a mortalidade pela doença. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do CCU a partir dos 25 anos de idade para as mulheres sexualmente ativas. O intervalo deve ser de três anos entre os exames, quando ocorrem dois exames negativos com intervalo anual. A recomendação atual preconiza a continuidade dos exames até os 64 anos de idade, devendo ser interrompidos quando há pelo menos dois exames negativos nos últimos cinco anos. (NASCIMENTO, et al. 2015).

Inicialmente, coleta-se aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual sendo evitado antes dos 25 anos. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica, interrompidos quando essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Acima dos 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

Notadamente, existe uma necessidade de focalizar em estratégias de educação em saúde no tocante à prevenção dos cânceres que mais acometem as mulheres fato que se torna bastante nítido ao perceber que as taxas de mortalidade pela doença são ainda muito

altas. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

5 I TEMPO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER FEMININO: BARREIRAS RELACIONADAS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, estabelece que todo paciente atendido pelo SUS com neoplasia maligna deve receber o primeiro tratamento em até 60 dias contados a partir do dia em que for confirmado o diagnóstico histopatológico. (BRASIL, 2013).

Em 16 de maio de 2013, o MS publicou a Portaria de nº 876 que regulamenta a referida lei e define o SISCAN (Sistema de Informação do Câncer) como ferramenta oficial para gerenciar também o cumprimento do prazo estabelecido. Logo, o SISCAN possui um módulo denominado tempo de diagnóstico/tratamento que permite o registro de todos os diagnósticos confirmados de câncer, bem como, data e modalidade do primeiro tratamento realizado. (BRASIL, 2017).

As taxas de mortalidade por câncer encontram-se praticamente na mesma proporção em que ocorre a incidência, fato este, atribuído ao rastreamento e notificação dos novos casos, pois antes da informatização não havia registros e, portanto, a divulgação e disseminação das informações. A mortalidade por cânceres vai de encontro ao processo de diagnóstico tardio e quando confirmado o câncer o início do tratamento em fase avançada. (REGO et al., 2015).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica (2011), há carências na estrutura da rede de atenção oncológica, pois esta não se encontra preparada para oferecer e assegurar acesso em tempo oportuno para o diagnóstico e o tratamento do câncer. (BRASIL, 2011).

O ministério da saúde (MS) tem investido nas campanhas de rastreamento, principalmente, dos cânceres do colo do útero e da mama, entretanto, não é suficiente, pois se faz necessário aliar outras ações, bem como, reforçar a comunicação e articulação da rede de saúde, facilitar o acesso ao serviço oncológico, instalar bancos de dados eficientes com registros de controle deste tempo de espera, investir para preparar a atenção básica para lidar com esta realidade, requisitos estes previstos e afirmados pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). (BRASIL, 2013).

A sociedade brasileira tem o conhecimento sobre a necessidade e o quanto é importante o diagnóstico precoce para os cânceres, principalmente, da mama e do colo do útero, porém, existe certa dificuldade em articular e organizar os sistemas de referências. (LOURENÇO, MAUAD, VIEIRA, 2010).

A demora em iniciar o tratamento do câncer da mama no SUS ocorre desde em conseguir consulta médica percorrendo a inacessibilidade do serviço, inclusive, em obter seu diagnóstico até iniciar o tratamento específico ao descobrir o câncer. (RANGEL; LIMA; VARGAS, 2015). Até completar este percurso, a cliente precisa ainda enfrentar as problemáticas rotineiras que permeiam a realidade da paciente em conseguir assistência e os cuidados à sua saúde. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER 2011).

De acordo com Ministério da Saúde do Brasil que determinou, por meio de portaria,

o tempo entre o registro do diagnóstico de câncer no prontuário médico e o início do tratamento não deve ultrapassar 60 dias. (MEDEIROS et al. 2015).

Em 2012, a lei Nº 12. 732, de novembro de 2012, garantiu ao paciente oncológico direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmado o diagnóstico. Os atrasos podem ocorrer da sintomatologia até sua chegada ao serviço de saúde; intervalo do atendimento médico até a especialidade para confirmação diagnóstica e, finalmente, do intervalo entre acesso e diagnóstico até iniciar o tratamento podendo esta mulher sofrer atraso em qualquer etapa do processo. (SOUZA et al. 2015).

Existem muitos esforços imprimidos nas campanhas de rastreamento do câncer do colo do útero tal fato é percebido pela melhora na cobertura do exame citopatológico, porém, ainda não é suficiente, pois além de precisar atingir maiores níveis de cobertura existem fatores do cenário que podem influenciar este processo de diagnosticar precocemente e implementar o tratamento em tempo oportuno, fatores esse ligados intrinsecamente ao difícil acesso ao serviço e a falta de qualidade em algumas regiões. (BRASIL, 2011).

Em 2014, foram definidos os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC) e os Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM), bem como os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação e os critérios para a habilitação das unidades, além do rol mínimo de exames necessários para o diagnóstico desses dois tipos de câncer. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

A iniciativa de criar um banco de dados alimentado com informações mais específicas relacionadas ao tempo para diagnóstico e tratamento constitui uma ferramenta para gestores e órgãos de saúde de significativa relevância para que estes possam focalizar nesta lacuna. Essa falha é norteadada entre outros fatores pela a escassez de profissionais, o retardamento na divulgação de resultados de exames e, finalmente, o despreparo e desqualificação da atenção primária em rastrear precocemente o câncer e encaminhar para o atendimento especializado. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Segundo Oliveira et al., (2011), o SUS por compor uma rede poderia se apresentar, de fato, com uma conformação na qual esta rede se apresentasse de forma a interligar seus segmentos estabelecendo relações de mesma finalidade. Porém, o SUS precisa avançar e funcionar conforme o plano para o qual foi criado, pois seguir o modelo que tem vigorado não garante um sistema de saúde eficiente que consiga atender não somente às necessidades de pacientes com câncer, mas do paciente que carece de assistência à sua saúde de toda enfermidade.

A partir de dados presentes na Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) de quimioterapia e radioterapia processadas em 2010 estimou-se que o tempo médio de tratamento quimioterápico é de aproximadamente 76 dias após o diagnóstico, enquanto, para o tratamento de radioterapia o tempo médio é cerca de 113 dias após o diagnóstico. (BRASIL, 2011).

Quanto ao diagnóstico avançado da doença, em geral, seus potenciais fatores de risco estão relacionados ao acesso aos serviços de saúde (o que inclui a distância ou tempo de deslocamento até o serviço de saúde e o ingresso nesses serviços), a fatores socioeconômicos e demográficos destacando-se a renda, disponibilidade de plano de

saúde e tipo de meio de transporte utilizado. (THULER; AGUIAR; BERGMANN, 2014).

6 | O APOIO SOCIAL NO CONTEXTO DA MULHER COM CÂNCER

O diagnóstico de câncer constitui um grande impacto para a mulher como também para sua família, uma vez que, não basta às inúmeras dificuldades de acesso aos serviços de saúde na busca para descobrir sua patologia, marcar consultas e exames, recebimento de laudos e preparo burocrático tanto de ordem financeira como psicológico para o tratamento, depara-se também com o despreparo e falta de amparo do profissional que assiste ao seu dilema. As organizações de Apoio social surgem para acolher e oferecer suporte de ordem burocrática e informacionais no processo saúde – doença. (RODRIGUES et al., 2013).

Neste contexto, o apoio social se revela por meio de organizações ou programas que se caracterizam como instituições governamentais ou não governamentais para oferecer amparo e suporte financeiro, quando possível, emocional e informacional, visto que, pacientes e familiares ao se depararem com o diagnóstico do câncer não sabem como lidar com a problemática deixando-se tomar pelo medo da morte e angústia gerando uma sobrecarga no contexto familiar. (REDE CÂNCER, 2016).

As organizações não governamentais (ONGs) surgem como instituições que não visam lucros e constituem uma expressão marcante de um sistema com má distribuição de renda onde a população acaba substituindo o Estado em suas competências de assistência à pessoa necessitada. (MELO e SAMPAIO, 2013).

A caracterização de apoio social leva em consideração a população que necessita deste apoio, especialmente. Fatores que são levados em conta como prioridades são as classes mais populares, ou seja, pessoas que vivem em condições de desemprego, subemprego, fragmentação ou mesmo ruptura familiar, violência, isto é, as classes mais vulneráveis. (SANCHEZ e FERREIRA et al., 2012).

Segundo Romeiro et al., (2012) considera que a rede de apoio social é constitui um fator protetor e recuperador da saúde da mulher com câncer ajudando a não desistir de lidar com as diferentes fases do tratamento e, assim, enfrentar a doença em busca de um resultado positivo.

De acordo com Bittencourt e Souza, (2015) destaca em seu estudo que o apoio social é um aspecto favoravelmente recíproco, pois, os indivíduos oferecem apoio mútuo, o entendimento de que os indivíduos necessitam uns dos outros, portanto, é valorizar o apoio social no cuidado à mulher frente ao diagnóstico de câncer com o intuito de ajudar a mulher elaborar as experiências que lhe causam sofrimento, a atribuir um novo significado à sua vida e partilhar dificuldades da fase vivenciada.

7 | CONCLUSÃO

O estudo revelou que o tempo de diagnóstico e tratamento para câncer é considerado longo pelas mulheres da pesquisa e extrapolam a lei dos 60 dias preconizada pelo Ministério da Saúde que prevê o tratamento em até 2 meses após o diagnóstico final.

Evidenciou-se ainda a necessidade de informações científicas quanto às médias de tempo de diagnóstico e tratamento do município, um banco de dados organizado no setor que referência para o tratamento para o estado do Piauí e São Luís-MA para fins de pesquisa. Observou-se também a escassez de profissionais especialistas em oncologia, embora, não haja centro oncológico para tratamento existe necessidade de diagnóstico final. É preciso, ainda agilizar os processos de marcação de consulta e recebimentos de exames, pois a demora relatada na pesquisa foi extremamente longa e comprometedora para paciente que tem câncer.

Conclui-se, portanto, que há necessidade de gestores municipais ampararem as organizações não governamentais que necessitam de suporte para atender às pacientes que procuram a ajuda dessas instituições, porém, estas, às vezes, ficam impedidas de auxiliar as pacientes por falta de recurso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica** / Tribunal de Contas da União; Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. 132 p. – (Relatório de auditoria operacional). Disponível em: <<http://www.sbradioterapia.com.br>> Acesso: 06 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília:

_____. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Atlas da Mortalidade. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br>> Acesso em: 06 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>> Acesso em: 06 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013**. 20/01/2015. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>> Acesso: 06 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br> Acesso: 06 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação –2011. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. Brasília – DF, ago.13ª edição. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br> Acesso em: 06 de abril de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br> Acesso em: 06 de abril de 2020..

_____. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2014. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> Acesso em: 06 de abril de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> Acesso: 06 de abril de 2020..

Casas de acolhimento confortam e apoiam pacientes do SUS em tratamento fora do domicílio. **Portas Abertas**. Rede Câncer. edição 34 julho 2016.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.1, p. 126-134, dez. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org/scielo>. Acesso em: 06 de abril de 2020.

FARIAS, Ana Cristina Bortolasse de; BARBIERI, Ana Rita. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 1-9. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 06 de abril de 2020.

FIGUEREDO, M. C. ; JÚNIOR, J. M.M; SEGATI, K. D. Prevalência de lesões precursoras para o câncer de colo do útero nas regiões do Brasil e sua relação com a cobertura do programa de rastreamento. **Femina**. Anápolis, v. 42, n.6, p. 296-302. Disponível em: <http://files.bvs.br> Acesso em: 06 de abril de 2020..

GONÇALVES L. L. C. et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 3, n. 48, p. 394-400, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 06 de abril de 2020..

LAGARES, E. B. et al. Excesso de Peso em Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Hormonioterapia com Tamoxifeno. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Divinópolis – MG, v. 2, n. 59, p. 201-210, jan. 2013.

LOURENÇO, Tânia Silveira et al. **Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2013 jul-ago; 66(4): 585-91. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso: 06 de abril de 2020..

MALTA, Deborah Carvalho et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.25, n.2, p.373-390, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo>> Acesso: 06 de abril de 2020..

MEDEIROS, G. C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n.31, p. 269-1282, jun, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 06 de abril de 2020..

MELO, Ricardo Gonçalves Cardozo de; SAMPAIO, Michele Pires. Casas de apoio: Inserção e contribuições do assistente social no terceiro setor. **Revista Científica da Faminas**. Muriaé-MG. v.9, n.2, p.116-144, mai, 2013.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia de et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Caderno de Saúde Pública**. 2011, v. 27, n.2, p. 317-326. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso: 06 de abril de 2020..

PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. A. P. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Recife – PE, v. 1, n. 61, p. 23-30. 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br> Acesso em: 06 de abril de 2020.

RANGEL, G.; LIMA, L. D.; VARGAS, E. P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1065-1078, out-dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso: 06 de abril de 2020.

RIBEIRO, J.F et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do Nordeste. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**. Teresina-Piauí. v. 5, n. 4, p. 20-24, 2014. Disponível em :<<http://periodicos.unb.br>> Acesso em: 06 de abril de 2020.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N.M.L.A.; GALIN, M.H.L. Caracterização do Apoio social recebido pela família do doente adulto com câncer. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.3, n.46, p.289-296. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br> Acesso: 06 de abril de 2020.

SANCHEZ, K. O. L.; FERREIRA N. M. L. A. O apoio social para a família do doente com câncer em situação de pobreza. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 4, n. 21, p. 792-799, out-dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 06 de abril de 2020..

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P.H. A. R.; Avaliação da Referência e Contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.3, n. 15, p. 3579-3586, 2010.

SOUZA, Camila Brandão et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.12, p.3805-3816, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo>> Acesso em: 06 de abril de 2020.

TEIXEIRA, Luiz Antonio et al. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br>> Acesso: 06 de abril de 2020.

TRALDI, M.C. P. G; MORAIS, S. S; FONSECA, M.R.C.C. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p. 185-191. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 06 de abril de 2020.

THULHER, L. C. S.; AGUIAR, S. S; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estadió avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 36, p. 237-43. 2014. <http://www.scielo.br> Acesso em: 06 de abril de 2020.

SILVA, G. A. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 30, p.1537-1550, jul, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 06 de abril de 2020.

SILVA, et al. Perfil Epidemiológico do câncer do colo do útero na Paraíba. **Temas em Saúde**. João Pessoa, v.16, n.4, p. 180-197. Dez. 2014. Disponível em: <http://temasemsaude.com> Acesso em: 06 de abril de 2020.

Coletânea de Estudos da Assistência à **Grupos Prioritários** na Atenção Primária à Saúde

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Coletânea de Estudos da Assistência à **Grupos Prioritários** na Atenção Primária à Saúde

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 