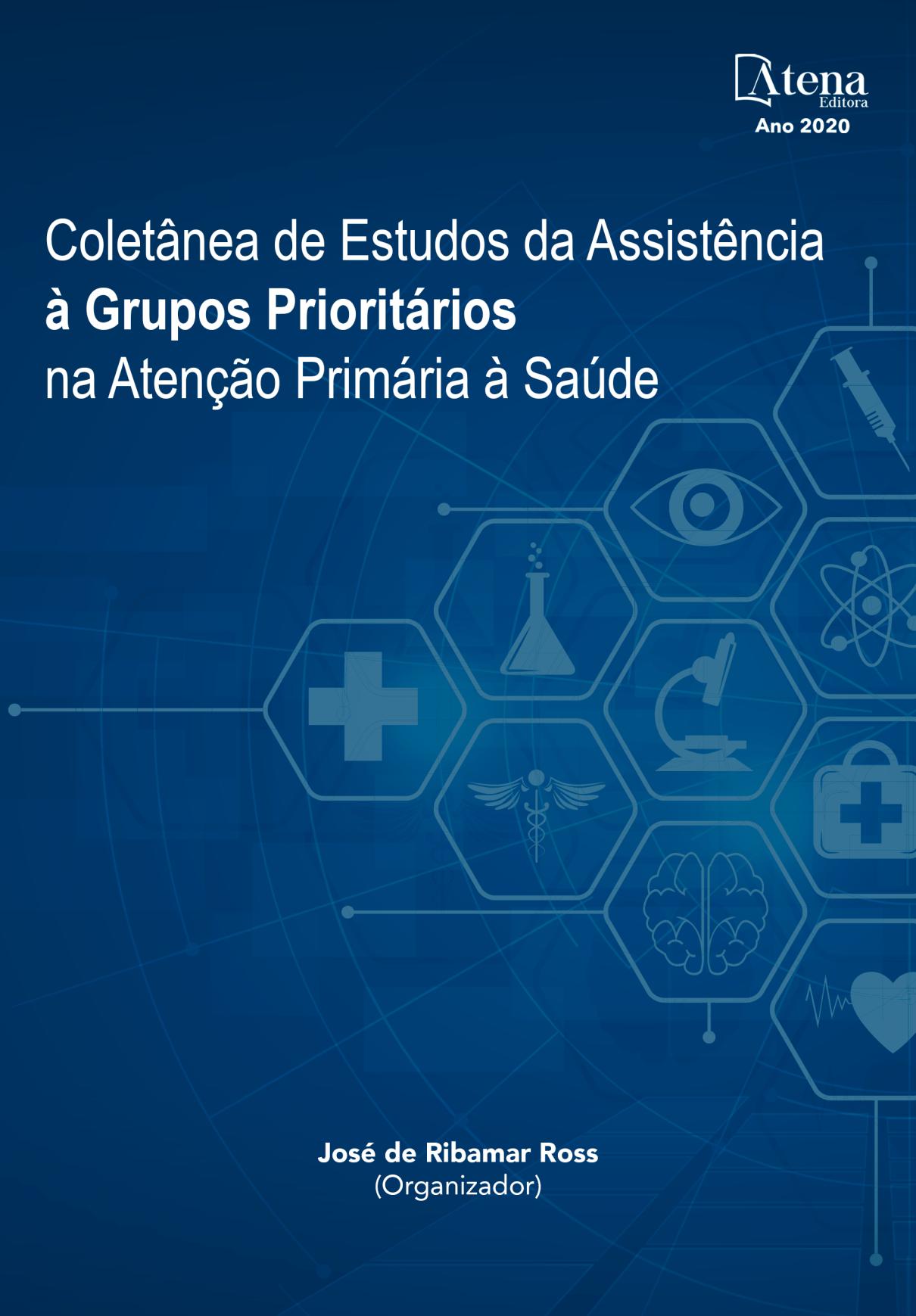


Coletânea de Estudos da Assistência à Grupos Prioritários na Atenção Primária à Saúde



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



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

Editora Chefe

Prof^a Dr^a 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 Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Cândido 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. Fágnere Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Gílrene 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 Federal 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. Elio 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 Dra. 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. Abrão 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
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – 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
Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Prof^a Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof^a 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
Prof^a Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Prof^a Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguariúna
Prof^a 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.

A DEUS

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 capítulo 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 LGBTfobia 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

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA

José de Ribamar Ross

Natalia Pereira Marinelli

1 | PREÂMBULO

Na minha trajetória de vida enquanto enfermeiro, atuando em programas de rastreamento populacional de câncer de colo de útero e mama, tive a oportunidade de observar em transcurso de 18 anos de experiência profissional em saúde coletiva, diferentes modelos adotados por gestores de saúde, que refletiu no jeito de desempenhar estas ações junto as mulheres nas comunidades, tanto de zona rural, quanto da urbana, em três municípios do interior Maranhense: Codó, Caxias e Coelho Neto.

Atuando nos serviços de saúde pública fui percebendo na prática que ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero ocorriam de forma pontual com o desenvolvimento de campanhas de massa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com apoio das secretarias de estado e dos municípios. No ano de 1998 participando de uma campanha realizei a coleta de 478 exames de Papanicolau como enfermeiro do programa de agentes comunitários de saúde de Codó – MA.

Na transição dos anos 90 para o século 21 enquanto enfermeiro atuando em comunidades rurais, na estratégia de saúde da família de Coelho Neto, vivenciei a descentralização das ações do programa de controle do câncer de colo de útero e mama. Nesta ocasião as mamografias eram referenciadas para o

município sede da macrorregional, Caxias e, as citologias eram realizadas com agendamento dos agentes comunitários de saúde, quando nos deslocávamos para as localidades de carro, transportando a equipe e a mesa ginecológica onde, a coleta do Papanicolau era realizada em quartos improvisados de domicílios cedidos, respeitando todas as questões de privacidade. Desta maneira, conseguiu-se a descentralização e maior cobertura dos rastreamentos.

De 2007 a 2014, atuando no município de Caxias e, utilizando a estrutura montada de uma unidade de saúde da família da localidade de Caxirimbu, experimentei a execução dos exames de rastreamento na rotina diária do serviço, algo inovador no serviço e que promoveu o aumento da cobertura e participação das mulheres em livre demanda. Todas essas experiências apresentadas seguem o modelo de rastreamento oportunístico e, a partir delas, tive uma reflexão mais aguçada enquanto aluno do mestrado profissional em enfermagem da Universidade Vale do Rio dos Sinos, ao contextualizar este projeto.

Para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), algumas dificuldades têm-se se arrastado historicamente, desde sua implantação aos dias atuais, entre elas destacam-se a falta de profissionais com perfil e a grande rotatividade dos mesmos; por outro lado são insuficientes as ações de formação de profissionais para atuar segundo as perspectivas das diretrizes dessa política de forma crítica e reflexiva. A grande rotatividade é decorrente dos baixos salários e também da rotatividade de gestores municipais que

impedem a continuidade das ações e um planejamento continuo. (SOUZA et al., 2011).

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável por 15% dos cânceres femininos, com aproximadamente 500 mil casos novos e 230 mil mortes por ano no mundo. Na distribuição espacial geográfica nos continentes mais pobres, as taxas de incidência são geralmente elevadas, enquanto que nos países mais desenvolvidos, são consideradas baixas. (FERLAY et al., 2008).

No Brasil, não diferente dos demais países pobres, o câncer do colo do útero ainda hoje é um dos principais problemas de saúde pública enfrentado pelas mulheres, representando a segunda causa de morte, ficando atrás apenas do câncer de mama e de pele (não melanoma). O número de casos novos desse tipo de câncer para o Brasil no ano de 2013 foi estimado em 17.540, com uma proporção estimada de 17 casos para cada 100 mil mulheres. (BRASIL, 2013a).

A distribuição dos casos novos e mortes pelo câncer de colo de útero apresentam diferenças regionais, com taxas mais altas de incidência e mortalidade nas regiões norte e nordeste e menores taxas nas regiões sul e sudeste. Nas regiões mais pobres do país destaca-se o câncer de colo de útero e nas áreas mais desenvolvidas o câncer de mama. (BRASIL, 2004). Referente também a esses dois tipos de câncer as mesmas regiões norte e nordeste apresentam altas taxas de mortalidade por 100.000 mil habitantes com respectivamente 10,5 e 5,8 mortes. (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2012).

No Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero são desenvolvidas pela ESF, que é responsável pelo recrutamento das mulheres em idade de risco para realização da citologia. A partir da atenção primária em saúde ocorre a participação dos laboratórios de citopatologia, histopatologia, de serviços de ginecologia, em centros de saúde de média complexidade, e de hospitais especializados de alta complexidade para que estas mulheres sejam referenciadas de acordo com necessidades. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011a).

Uma grande descoberta que revolucionou a etiologia do câncer de colo de útero deu-se pela relação estabelecida entre o HPV (Papiloma Homines Vírus) e a gênese deste tipo de câncer. Assim segundo Bagarelli e Oliani (2004) e Alvarenga et al. (2000), quando o HPV infecta a célula, pode haver interação do seu genoma ao da célula hospedeira imatura, impedindo a diferenciação e maturação celular. A célula transformada contém o DNA (Ácido Desoxirribonucleico) viral. A infecção persistente por 10 a 20 anos permite o desenvolvimento de alterações genéticas adicionais e progressão de lesões de baixo, moderado e alto grau para câncer invasor. A origem do câncer de colo de útero geralmente ocorre na junção escamo colunar (JEC). (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011a).

Na maioria das vezes a infecção do colo de útero pelo HPV é transitória e regredie espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição, não sendo, portanto, condição para gerar lesões precursoras. (INTERNACIONAL AGENCY OF RESEARCH, 2007). No pequeno número de mulheres nos quais a infecção pelo HPV persiste, determinada por condições imunológicas da hospedeira e, especialmente, se causada por sorotipos viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação pelo rastreamento para um diagnóstico precoce e tratamento adequados possibilita a prevenção da progressão das formas avançadas das doenças a nível local e

sistêmicas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

Um dos principais fatores de risco para o câncer de colo de útero é o fato da mulher ser portadora do HPV. Aproximadamente 90% a 99,7% dos casos de câncer cervical invasivo é detectado o DNA de HPV carcinogênico, sendo os tipos mais comuns o HPV16 e o HPV18, pois provocam alterações precursoras a nível da junção escamo colunar e epitélio de revestimento do colo de útero. (RAMA et al., 2008). Outros fatores que contribuem para o desenvolvimento deste tumor são: o tabagismo, onde a nicotina já foi identificada no muco cervical, a multiplicidade de parceiros sexuais com sexo desprotegido, a iniciação sexual precoce desprotegida, o uso de contraceptivos orais e a infecção por *Trichomonas vaginalis*. (BUFFON; CIVA; MATOS, 2006;) RAMA et al. 2008b; SILVA FILHO; LONGATTO FILHO, 2000).

A ciência, cada vez tem disponibilizado métodos modernos de diagnóstico precoce, entre eles destacou-se, em nível de saúde coletiva, a nova vacina contra o HPV que contribui para prevenir o câncer do colo do útero especificamente contra os sorotipos oncogênicos. Além disso, a vacinação contra o HPV é dirigida a meninas susceptíveis de 9–13 anos de idade, através da produção de anticorpos contra o HPV para a sua proteção na fase adulta, ocasião de maior risco. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2013).

Em um estudo realizado por Araújo et al. (2014) na cidade de Goiânia, no período de 2006 a 2008, verificou-se que das 297 mulheres com resultados citopatológicos classificados como ASC-H/HSIL (lesão intraepitelial escamosa de alto grau), 104 (35,02%) e 86 (28,96%) realizaram a Colposcopia e a biopsia, respectivamente, sendo que 193 (64,98%) tiveram seguimento ignorado e, 127 (42,76%) repetiram a citopatologia em seis meses. Com isso, verificou-se que, além de priorizar o rastreamento populacional organizado para diagnóstico precoce desta doença, é também ação prioritária realizar o acompanhamento das mulheres com o diagnóstico de câncer, através de um acolhimento adequado e acompanhamento do caso pela ESF de forma eficiente, evitando assim, a desmotivação, perda de tempo e abandono por parte da mulher.

Em um estudo transversal, com mulheres diagnosticadas com resultados colpocitológico de ASCUS/AGUS (atipias de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásica), LSIL (lesão intraepitelial escamosa de baixo grau) e HSIL (lesão intraepitelial escamosa de alto grau), identificadas através do exame Papanicolau e registradas no Programa de Controle de Câncer do Colo do Útero nos anos de 2007 e 2008 no Centro de Controle em Oncologia do Acre (CECON/AC), foi encontrado adultas jovens, de cor parda, de baixo nível social, que iniciaram atividade sexual em torno dos 14 anos, tiveram mais de 3 filhos e histórico de múltiplos parceiros ao longo da vida. Os resumos identificaram que 54% não havia recebido tratamento após o diagnóstico citológico alterado e 45,7% dos diagnósticos citológicos de atipias de significado indeterminado eram lesões de alto grau ou câncer no histopatológico. Assim um dos grandes desafios do sistema de saúde é garantir o acompanhamento e o controle rigoroso dos casos rastreados garantindo a integralidade do mesmo sem perdas e danos. (PRADO et al., 2012).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (2013), no rastreamento organizado de mulheres para o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero deve-se priorizar as mulheres com menos de 30 anos de idade se tiveram histórico de infecção HPV

e as mulheres na faixa etária de 30 a 49 anos de idade. O intervalo de rastreamento entre os exames citológicos não deve ser inferior a 5 anos, e não deve ser inferior a 10 anos se for usado exame de HPV.

O Ministério da Saúde implantou em 1996 o Programa Viva Mulher com o objetivo de diminuir o número de casos da doença a cada ano e, reduzir a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero, através do aumento da cobertura das mulheres ao exame de Papanicolaou, priorizando as de maior risco e garantindo, a partir daí todas as fases para a cura e o controle da doença. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2000).

O diagnóstico do câncer cervical é possível e oportuno, pois sua evolução em geral ocorre de forma lenta em torno de 10 anos, com fases pré-clínicas detectáveis e bem estabelecidas, exibindo expressivas possibilidades de cura dentre todos os tipos de câncer. Entretanto, no Brasil, uma grande parcela das mulheres já se encontra em fase avançada da doença na ocasião do diagnóstico, limitando a possibilidade de cura, ocasionadas por falhas no rastreamento populacional e por oportunidades perdidas. (BRASIL, 2001).

O câncer é considerado um grave problema de saúde pública não somente pelo número de casos diagnosticados de forma crescente a cada ano, mas também pelo investimento financeiro que é solicitado para equacionar as questões de diagnóstico, tratamento e reabilitação como também pelos impactos ocasionados as mulheres, à família, à sociedade e ao mercado pelo afastamento dessas mulheres de suas atividades. Em 2006, com 8,8%, o câncer foi a quarta causa de internação de mulheres entre 10 e 49 anos no SUS e requer alta tecnologia e equipe de saúde especializada. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a).

A consulta ginecológica é uma importante ferramenta de trabalho que o médico e enfermeiro da ESF possuem para exercer as ações de rastreamento do câncer de colo de útero para as mulheres em idade de risco. Nesta mesma consulta eles podem orientar as mulheres sobre a importância dos exames de rastreamento, realizar o exame clínico das mamas e coletar o exame citopatológico, além disso disponibilizar a prevenção secundária com a realização da mamografia para que, caso haja alguma alteração, tais como nódulos, cistos e microcalcificações, possam ser identificados precocemente. (PEREIRA; SIQUEIRA, 2011).

O câncer de mama é uma doença na qual a mulher tem a oportunidade de identificá-la em fase inicial através da constatação da existência de caroços ou nódulos no tecido mamário. Depois de atingir toda a mama as células malignas não capsuladas utilizam a rica rede de gânglios linfáticos axilares para disseminarem-se em diversos órgãos. Calcula-se em seis a oito anos o período necessário para que um nódulo atinja um centímetro de diâmetro. Essa lenta evolução possibilita a descoberta ainda cedo deste nódulo, se as mamas forem, periodicamente, examinadas através da mamografia. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2005).

Nos países desenvolvidos, e em parte dos países em desenvolvimento, é o câncer com mais incidência em mulheres e melhor diagnosticado com 23% do total de casos de câncer no mundo em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de novos casos neste mesmo ano. Ressaltando-se que a maioria dos casos, infelizmente, não são detectados na fase inicial. (FERLAY et al., 2010).

O processo de formação do tumor é, em geral, lento, podendo levar de 8 a 10 anos para que uma célula sofra sucessivas replicações e dê origem a um tumor maligno, podendo ser palpável através de um nódulo em umas das mamas. Esse processo apresenta os seguintes estágios de crescimento: iniciação (etapa em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos como os genéticos e de ordem ambientais); promoção, (fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada); e progressão, (caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula. (BRASIL, 2013a).

Em um estudo realizado por Bim et al. (2010), o exame clínico das mamas foi realizado em 49% das entrevistadas. O resultado da pesquisa mostrou que quando da realização do exame Papanicolau nas unidades de saúde da família, a maioria das mulheres não tinham as mamas clinicamente examinadas. Este fato pode ter relação com o profissional que realiza o preventivo, que na maioria das vezes é o enfermeiro.

2 | CONTEXTUALIZANDO O CÂNCER DE COLO DE UTERO E MAMA

2.1 Considerações sobre o câncer de colo de útero

O termo “câncer” foi utilizado pela primeira vez por Hipócrates que deriva da palavra “*carcinos*” e “*carcinoma*” que em grego significa caranguejo pelo fato do tumor apresentar ramificações em vasos sanguíneos que lembram patas de caranguejo. Nas civilizações antigas foram encontrados registros que datam de pelos menos 8.000 anos a. C identificando o osteossarcoma em ossos de fósseis humanas. Também foram encontrados registros em papiros egípcios que citavam a existência da doença há 1.600 a. C na Índia. Outros registros datam de 600 a evidenciaram a ocorrência de câncer na cavidade oral. Registros precisos na evolução da humanidade foram encontrados no século XVIII observando um crescimento constante das taxas de óbitos a partir do século XIV com o advento do processo de industrialização. (EGGERES, 2002).

Em virtude da problemática do câncer na sociedade ter se apresentado na transição do século 19 e 20 como uma ameaça de magnitude, várias iniciativas surgiram em diversos países como a 1^a conferência Internacional contra o Câncer em Paris em 1906 e, a 2^a Conferência Contra o Câncer ocorrida na Bélgica em 1910. O Primeiro Congresso Internacional do Câncer em Estrasburgo ocorrido em 1923. Estes eventos ocorreram para incentivar ações de pesquisa sobre o câncer bem como e destacar a importância da implantação de órgãos de apoio às políticas contra o câncer observadas em alguns países como: Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Suécia. (TEIXEIRA; FONSECA, 2011).

Em 1954 o Brasil sediou o VI Congresso Internacional de Câncer em São Paulo o qual enfatizou a necessidade de fortalecer ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e educação em saúde. (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Em 1957 foi inaugurado no Rio de Janeiro o Hospital Instituto que passou a ser o responsável pelo serviço nacional de câncer correspondendo ao atual Instituto Nacional do Câncer. (BRASIL, 2006c).

O câncer enquanto problema de saúde pública no Brasil destaca-se entre outros

fatores por apresentar diferentes perfis sociodemográficos o que tem despertado o interesse de gestores nas diversas esferas a nível federal, estadual e municipal. O conhecimento sobre o comportamento desta doença permitindo assim reconhecer necessidades relevantes a fim de disponibilizar recursos e ações no sentido de interferir positivamente na incidência e prevalência desta doença no Brasil. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Uma grande descoberta que revolucionou a etiologia do câncer de colo de útero deu-se pela relação estabelecida entre o HPV (Papiloma Homines Vírus) e a gênese deste tipo de câncer. Assim segundo Bagarelli e Oliani (2004) e Alvarenga et al. (2000), quando o HPV infecta a célula, pode haver interação do seu genoma ao da célula hospedeira imatura, impedindo a diferenciação e maturação celular. A célula transformada contém o DNA (Ácido Desoxirribonucleico) viral. A infecção persistente por 10 a 20 anos permite o desenvolvimento de alterações genéticas adicionais e progressão de lesões de baixo, moderado e alto grau para câncer invasor. A origem do câncer de colo de útero geralmente ocorre na junção escamo colunar (JEC). (BRASIL, 2011b).

O HPV apresenta uma prevalência em torno de 15% a 40% na população segundo infecção cervical por HPV sendo portanto considerado uma alta prevalência sendo comum principalmente na população jovem-adulta. Tem tempo de infecção em torno de 8 a 10 meses. De maneira geral o HPV é encontrado em 5% a 10% da mulheres acima de 35 anos. (RAMA et al, 2006).

Segundo Bosch; Schiffman e Solomon (2003) o vírus HPV (Papiloma Vírus Humano) transmitido de forma sexual é a causa fundamental para desencadear a ocorrência do câncer de colo de útero. Outros fatores de risco também podem estimular o surgimento desse câncer como o hábito de fumar, os anticoncepcionais orais, outras doenças de transmissão sexual e carências nutricionais. (HILDESHEIM & WANG 2002). Ainda sobre os fatores de risco Silveira informa as baixas condições socioeconômicas, atividade sexual precoce, multiparidade e múltiplos parceiros. (PARKIN; BRAY e DEVESA, 2001).

Na maioria das vezes a infecção do colo de útero pelo HPV é transitória e regredirespontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição, não sendo, portanto, condição para gerar lesões precursoras. (INTERNACIONAL AGENCY OF RESEARCH, 2007). No pequeno número de mulheres nos quais a infecção pelo HPV persiste determinada por condições imunológicas da hospedeira e, especialmente, se causada por sorotipos viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação pelo rastreamento para um diagnóstico precoce e tratamento adequados possibilita a prevenção da progressão das formas avançadas das doenças a nível local e sistêmicas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

De acordo com Barron e Richard (1968) a cronologia das neoplasias intraepiteliais cervicais evoluem em ausência de tratamento onde, a displasia leve ou NIC I evolui para o carcinoma in situ em 58 meses, a displasia leve para NIC II em 38 meses e, para as displasias graves em 12 meses.

Um dos principais fatores de risco para o câncer de colo de útero é o fato de a mulher ser portadora do HPV. Aproximadamente 90% a 99,7% dos casos de câncer cervical invasivo é detectado o DNA de HPV carcinogênico, sendo os tipos mais comuns o HPV16 e o HPV18, pois provocam alterações precursoras a nível da junção escamo

colunar e epitélio de revestimento do colo de útero. (RAMA et al, 2008). Outros fatores que contribuem para o desenvolvimento deste tumor são: o tabagismo, onde a nicotina já foi identificada no muco cervical, a multiplicidade de parceiros sexuais com sexo desprotegido, a iniciação sexual precoce desprotegida, o uso de contraceptivos orais e a infecção por *Trichomonas vaginalis*. (BUFFON; CIVA; MATOS, 2006; RAMA et al. 2008; SILVA FILHO; LONGATTO FILHO, 2000).

Na evolução do câncer de colo do útero por ação do HPV em torno de 10% das lesões precursoras diagnosticadas como NIC I mitologicamente evoluem para NIC II ou III. Contudo casos estes não sejam diagnosticados e tratados em tempo hábil 22% dos casos de NII II podem evoluir para NIC III. Na fase de carcinoma in situ com invasão de células em nível de todo o epitélio apresenta substancial poder invasivo para câncer de colo invasivo. (PAGLIUSI ; TERESA AGUADO, 2004).

A distribuição do câncer de colo de útero apresenta grandes relevâncias, assim a doença ocupa o terceiro tipo de câncer feminino no mundo com quase 530 mil novos casos por ano e taxa de óbitos de 272 mil mulheres anualmente. (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2008b). Segundo o INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (2002) em todo o mundo estima-se que o câncer de colo de útero é o responsável por 15% do total de cânceres entre mulheres.

As maiores taxas de casos novos ocorrem em países da América Central com 44,44/100.00, em aéreas da Ásia com 43,40/100.000 e no Sul da África com 40,44/100.000, América Latina com 31,79/100.000, América do norte com 27,69/100.000 e na América do Sul com 27,69/100.00. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2001; PARKIN, PISANI e FERLAY, 1999).

A nível mundial tem se observado uma redução na mortalidade do câncer de colo de útero. Na análise da série histórica de 20 anos entre o período de 1979 a 2009 onde as taxas apresentaram foram 2,99 e 4,78 respectivamente por 100.000 mulheres. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008a).

No Brasil as taxas de colo de útero caracterizam-se como elevadas, e na série histórica das últimas décadas as taxas da doença elevaram-se, assim em 1979 foi de 3,44/100.000, oscilando para 1988 com 4,45/100.00, representando neste período uma variação com aumento de 29%. Quanto aos óbitos e incidência os dados registrados foram de 3.725 e 15.270 respectivamente no ano de 2011. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2002).

As taxas de mortalidade por neoplasias, ajustada por idade para as principais Topografias, por 100 mil mulheres no Brasil no período de 1979 a 2004 apresentou o câncer de colo de útero em quarto lugar entre os cânceres femininos com taxa em torno de 5.0. Nesta série histórica a doença na incidência uma linha de estabilidade. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Segundo o INCA as estimativas de incidência para o ano de 2014 foram de 15.590 casos de câncer de colo de útero. Foi também identificado um risco estimado de 15,33 casos para 100 mil mulheres. O câncer de colo de útero na região norte foi o que mais apresentou casos novos seguidos da região centro oeste e nordeste, sul e sudeste. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

No ano de 2006 no Brasil o câncer de colo de útero foi o segundo tipo de câncer mais incidente entre as mulheres com uma taxa de 20,3% dos casos. Na região nordeste no mesmo ano o câncer de colo de útero teve uma taxa de 16,7 de casos novos estimados. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Relacionados ao câncer de colo de útero no ano de 2007 foram notificados no Brasil 4.691. A incidência portanto, registrada por 100 mil habitantes neste mesmo ano apresentada segundo as regiões foi: Região Norte 22,8; Região Nordeste 18,4; Região Centro-Oeste: 19,8; Região Sudeste: 16,4; e Região Sul 21,5 casos. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que até o ano de 2020 no mundo acontecerá por ano quase 15 milhões de casos novos por ano. E mais da metade destes casos ocorreram em países em desenvolvimento. Nos países mais pobres esta incidência será o dobro dos registros de países desenvolvidos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Segundo o SISCOLO/DATASUS (2013) no ano de 2012 o Brasil apresentou o percentual de positividade, lesão intraepitelial de baixo grau, teve resultados maiores para mulheres classificadas como jovens com tendência de queda desta lesão com o aumento da faixa etária. Assim foi verificado que com o passar dos anos os resultados de NIC I em mulheres com menos de 25 anos de idade ocorreu em 60% dos laudos. A partir da faixa etária dos 25 anos de idade os casos de NIC III progredem até a faixa etária dos 64 anos. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013a).

Na distribuição dos 10 tumores primários mais frequentes segundo o estadiamento clínico no período de 1999 a 2003 o câncer de colo de útero obteve uma taxa de 25% de diagnóstico na fase NIC III e 2% para estadiamento na fase IV. O carcinoma in situ foi mais frequente no câncer de colo de útero do que no câncer de mama. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER 2008b).

A periodicidade de realização do exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 aos no maranhão nos anos de 2012 a 2013 apresentaram que no ano de 2012 de um total de 113.034 a periodicidade foi de 1 ano (50%); 2 anos (24%); 3 anos (9%) e maior que 4 anos (9%). No ano de 2013 de um total de 94.576 exames realizados a periodicidade foi de 1 ano (57%); 2 anos (21%); 2 anos (13%) e maior que 4 anos (10%). (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

A probabilidade de diminuição da susceptibilidade de ocorrência do câncer de colo de útero em mulheres de 35 a 64 anos de idade a após realizar um exame com laudo negativo é idêntico quando o mesmo é repetido no ano seguinte (diminuição de 93% do potencial) e quando o mesmo é realizado no intervalo de três anos (probabilidade diminuída para 91%). Contudo verifica-se que mesmo após dez anos se o exame for realizado a incidência teria sua incidência reduzida em 2/3. (VAN OORTMARSSEN, HABBEMA, VAN BALLEGOOIJEN, 1992).

A mortalidade proporcional não ajustada por câncer de colo de útero em mulheres na região nordeste entre 1979 a 2012 apresentou na série histórica de 33 anos uma linha de crescimento ascendente da mortalidade, oscilando entre uma taxa mínima de 0.62 em 1979 a 1.34 em 2009. Houve maior oscilação no crescimento observado a partir dos anos

2.000. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b).

Sobre as dificuldades para a realização do exame citopatológico de colo de útero, Feliciano, Christeni e Velho (2010) destacam as principais evidenciadas em um estudo, tais como: dificuldades das mulheres trabalhadoras em conciliar o horário de trabalho e dispensa do serviço para a sua realização; dificuldades de mobilização de mulheres idosas; medo do exame principalmente para aquelas que nunca o realizaram; medo do diagnóstico ao fazer o exame; dúvidas sobre a técnica do exame; biossegurança; vergonha de esse expor e insegurança; medo de laudos falso positivos entre outras.

A vacinação contra o HPV é uma excelente estratégia contudo ela não veio para minimizar as ações no programa de prevenção e controle do câncer de colo de útero, sendo necessário fortalecer essas ações como a educação na comunidade, diagnóstico precoce e parcerias com outras redes, programas e secretarias. A vacinação HPV é padronizadas para meninas sem vida sexual de 9 a 13 anos com esquemas de 3 doses com intervalo de 6 meses. A vacinação previne mais de 95% de infecções pelo HPV causada pelos sorotipos 16, 18, 6 e 11. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

2.2 Fundamentos sobre o câncer de mama

As taxas de mortalidade por neoplasias, ajustadas por idade para as principais topografias, por 100 mil mulheres no Brasil no período de 1979 a 2004 teve o câncer de mama em primeiro lugar oscilando estas taxas entre 8 e 12 casos. A razão incidência, mortalidade por câncer de mama no Brasil ficou com 4.7 no ano de 2006. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

Para o ano de 2014 no país foram estimados 57.120 casos novos de câncer de mama. Foi feito uma estimativa de risco de 56,09 casos para cada 100 mulheres. O câncer de mama foi o mais incidente na região sudeste, seguido da região norte, centro-oeste, nordeste e sul. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Segundo dados do Atlas de mortalidade do INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, o câncer de mama no Brasil foi a principal causa de óbitos em mulheres no Brasil no ano de 2007, com dados de 11,1 mortes por 100 mil mulheres. As regiões mais desenvolvidas do Brasil, a sul e a sudeste são as responsáveis por óbitos em torno de 12,6 a 12,5 por 100 mil mulheres somente no ano de 2007. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011b).

No ano de 2006 no Brasil o câncer de mama foi o câncer mais incidente entre as mulheres com 51,7% dos casos registrados. No mesmo ano na região nordeste o câncer de mama teve taxa de incidência estimada de 27,2. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER 2008b).

No biênio entre 2010 a 2014 a produção das mamografias no Brasil aumentaram 33%, sendo que a modalidade de mamografia de rastreamento no aumentou em 36% sendo que as de diagnóstico caíram aproximadamente 25%. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013a).

No atendimento dos 10 tumores primários mais frequentes segundo o estadiamento clínico no período de 1999 a 2003, 10% dos casos de câncer de mama foram diagnosticados na fase III e 50% na fase IV do estadiamento clínico. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

De acordo como o INCA no Brasil nos últimos cinco anos a taxa geral de sobrevida foi de 52% no estádio in situ. A medida o estadiamento aumento a taxa de sobrevida cai. Assim verificou-se no IIA a taxa de 80% e no estádio IV, 5%. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008b).

O câncer de mama apresenta-se como uma doença de graves repercussões não somente em virtude de seus impactos epidemiológicos crescentes a cada ano mas em virtude também de seus impactos econômicos com grandes investimentos financeiros em ações de atenção primária, secundária e terciária. No ano de 2006 entre todas as causas de internação hospitalar o câncer de colo mama foi uma das principais causas de internação femininas na faixa etária de 10 a 49 em hospitais da rede pública. (BRASIL, 2008a).

A mortalidade proporcional não ajustada por câncer de mama em mulheres na região nordeste entre 1979 a 2012 apresentou na linha da série história aumento progressivo com maior pico a partir de 2005, oscilando entre uma taxa mínima de 0.55 (1980) e maior taxa em 1980 com 0.55. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013b).

Analizando o tempo entre a solicitação de mamografias de rastreamento por unidade de saúde e sua realização e indicação clínica no Maranhão nos anos de 2012 e 2013, foram realizadas 48.251 mamografias como o tempo de até 10 dias (64%); 11 a 20 dias (10%); 21 a 30 dias (9%) e maior que 30 dias (18%). No mesmo período foram realizadas 3.817 mamografias de diagnóstico onde o tempo de até 10 dias (35%); 11 a 20 dias (16%); 21 a 30 dias (14%) e maior que 30 dias (35%); (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

No período de 2009 a abril e 2014 no município de Caxias – MA foram realizados 11.646 mamografia sendo que deste total de exames 4.189 foram realizadas por mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, seguidas da faixa etária de 50 a 59 anos com 3.779 e, 3.020 mamografias realizadas na faixa etária de mulheres maiores de 60 anos. No total de exames de mamografia realizados 20 identificaram nódulos em mamas direita e esquerda (12 e 08 respectivamente). Deste total de nódulos identificados 7 foram submetidos a biopsia e apenas dois tiveram laudos para malignidade. (BRASIL, 2014b).

2.3 A construção de uma política contra o câncer no Brasil

2.3.1 Histórico

A política nacional de controle do câncer foi instituída em 1941 quando foram desmembrados o Ministério da Saúde e Educação onde na nova ordenação foram criados dezesseis novos serviços entre eles o Serviço Nacional do Câncer (SNC) onde foi implantado em Brasília o Centro de Cancerologia sendo mais tarde transformado no Instituto Nacional do Câncer. (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 1012).

O Brasil sediou o VI Congresso Internacional do Câncer em São Paulo em 1954 na oportunidade foi amplamente divulgado o câncer enquanto problema de saúde pública mundial, destacando-se a importância dos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento. (PARADA et al, 2008).

Nas décadas de 60, 70 e 80 houve regressão na política nacional de controle do câncer, neste período foi implantado um programa de oncologia para realizar o papel do Instituto Nacional do Câncer. Com a criação do Sistema único de Saúde nos anos 90 e sua

estruturação este órgão (INCA) foi re inserido como órgão responsável pelas políticas de controle do câncer. Em 1998 surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer Cervico Uterino e no ano 2000 surgiu também as ações iniciais do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama com suas diretrizes técnicas. (BRASIL, 2004).

No período de 1972 a 1975 o Ministério da Saúde criou, implantou e implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer cujo objetivo principal era o combate de maneira geral contudo, dava relevância as ações de controle do câncer de colo de útero. Outro objetivo foi a verificação da situação da rede de hospital especializados no tratamento de câncer quanto a sua capacidade funcional e estrutural. Assim a partir deste programa recursos financeiros foram destinados para a melhoria das ações de apoio a diagnose e terapia do câncer. Este programa também padronizou formulários para registros de informações dos casos a fim de formar um banco de dados de informação sobre câncer. (GÓES JUNIOR, 1973).

Segundo BODSEIN (1987) outras ações históricas foram destaque na política nacional de controle do câncer assim destacou: convênio de cooperação técnica em 1975 entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência social recém-criados cujos objetivos foi integrar ações destes dois ministérios. Criação e instalação do Programa de controle do Câncer para integrar diferentes serviços; Criação da Divisão Nacional de Doenças Crônicas Degenerativas. Criação em 1982 do Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC) articulando 22 hospitais especializados

Pressões de movimentos populares feministas, por ocasiões de reivindicações relacionadas ao a criação de um sistema único de saúde pública atual SUS, em 1979 exigiram também a criação de um Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher o qual foi implantado em 1984 que dava destaque para a coleta do exame Papanicolau. (LAGO, 2003).

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher foi implantado no Brasil de maneira diversificada e fragmentada em virtude de aspectos políticos, estruturais e organizacionais das secretarias de saúde nos estados e municípios. Avaliando este programa nos municípios o Ministério da Saúde alguns anos depois de sua implantação que o mesmo tinha baixa cobertura entre as mulheres em torno de 10 a 20%, sendo a principal ação desta cobertura a coleta para o exame preventivo do câncer de colo de útero como atividade fim da consulta ginecológica. (COSTA, 1992).

A visão de Assistência Integral a mulher tinha dois sentidos: a mulher enquanto cidadã e usuária de serviços de saúde, em contraposição ao modelo que apenas assiste partes do corpo da mulher, e a visão de integralidade entre os vários serviços de diferentes níveis de complexidade visando uma resolutividade de seus problemas. (LAGO, 2003).

Historicamente o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de útero e Mama foi originado no início da década de 80 com a definição de atividades que relacionava a organização de ações de controle destes cânceres a nível federal. Somente no final da década de 90 o programa citado ampliou e definiu atribuições diferenciadas para os gestores a nível federal, estadual e municipal através de ações de cooperação fornecendo suporte técnico, recursos financeiros, materiais de forma efetiva e sistemática As ações propostas visam garantir um diagnóstico precoce através de fornecimento de exames de

rastreamentos a população na faixa etária de risco. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008c).

No contexto desta implantação foram definidas as ações do gestor federal, estadual e municipal que deveriam concentrar atividades de: educação permanente e continuada dos trabalhadores e gestores relacionada ao rastreamento organizado entre eles destaque para a produção de material educativo e de comunicação, aquisição de móveis e equipamentos, financiamento de serviços e produção de um sistema de monitoramento das ações de rastreamento. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

Após 27 anos de implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher houve aumento significativo da cobertura de mulheres para o exame de citopatologia oncológica. No início da década de 80 a cobertura era de 53,1% e, nos últimos anos a cobertura desse rastreamento foi de 90,6%. Apesar do avanço a cobertura deste rastreamento não é suficiente para reduzir o grande número de mulheres que são diagnosticadas em fase tardia e para a redução da mortalidade por este tipo de câncer que tem se mostrando relevantes. (BRASIL, 2010a).

O atual Programa de controle do câncer de colo de útero configura-se como uma evolução do programa de saúde materno infantil (1977) sendo esta evolução mais observada a partir dos anos 90. Anualmente quase 12 milhões de exames de citopatológicos são realizados na rede pública atenção à saúde. (BRASIL, 2011c).

Na evolução histórica do Programa de controle do Câncer de colo de útero no Brasil até a década de 1980 as ações do mesmo se limitavam a atividades as mulheres relacionadas ao cuidado pré-natal e a atenção ao puerpério. Sendo mais tarde adicionado ações de rastreamento precoce deste câncer. Foram instituídos também a publicação de manuais técnicos para suporte aos estados e municípios. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010a).

Outro fato de destaque ocorrido em 1993 foi a padronização do procedimento para a coleta de material, acompanhamento e condutas de mulheres em situação de câncer nas diferentes fases pré-invasoras e invasoras do câncer de colo de útero. A partir daí houve também a implantação de um programa informatizado para o registro da mulher em situação tratamento até a alta. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 1996)

Os tipos de cânceres mais comuns entre as mulheres no Brasil têm suas integradas e fundamentadas na Política Nacional de Atenção Oncológica através da Portaria GM nº 2439 de 08 de dezembro de 2005 e em planos de ações estabelecidas através de ações estratégicas a ser desenvolvida em níveis de complexidades da rede de atenção a saúde entre elas destaca-se: maior cobertura de rastreamento entre as mulheres em idade de risco, qualidade de exames e rastreamentos, sistema de informação, educação continuada dos profissionais de saúde, pesquisa e controle social. (BRASIL, 2006d).

Em virtude das altas taxas de morbidade e mortalidade por câncer de colo de útero em consequência das baixas coberturas do exame Papanicolau. Acrescentando-se o fato de que 37% das mulheres no Brasil na faixa etária de 35 a 49 anos de idade nunca havia feito o exame para o rastreamento do câncer de colo de útero. Assim, o Ministério da Saúde em parceria com o INCA resolveram elaborar a 1ª campanha nacional de combate ao câncer de colo de útero do Viva Mulher – 1ª fase em parceria com os estados e municípios

utilizando o programa de agentes comunitários de saúde como foco para a execução da campanha com metas a serem alcançadas de acordo com número de população na abrangência de cada equipe. As mulheres eram mobilizadas a participar da campanha através da mídia nacional. (LAGO, 2004).

A Portaria nº 648 que institui a Política Nacional de Atenção Básica entre suas diretrizes norteia que para os serviços de atenção a saúde possa efetivamente prestar serviços com resolutividade é necessário busca-la de forma efetiva e com equidade. Assim dentro das ações do controle do câncer de colo de útero essa efetividade e resolutividade visa exatamente concentrar o rastreamento de mamografias e o Papanicolau em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos de idade. (BRASIL, 2008b).

A Portaria nº 2048 de 03 de setembro de 2009 normatizou no Brasil o amplo controle do câncer considerando suas várias estruturações, ações e níveis de complexidade integrada em rede visando um uma atenção integral. (BRASIL, 2009).

A portaria nº 3040/98 de 21 de junho de 1998 instituiu o Programa Nacional de Controle do Câncer Cervico Uterino bem como o seu comitê executivo, as metas de uma campanha nacional que foi desenvolvida no período de 08 de agosto a 15 de outubro de 1998 que atendeu 3.105.644 mulheres. (BRASIL, 2002).

Em 1998 a PRO-ONCO promoveu a reunião Nacional para padronização do intervalo do exame de rastreamento do câncer de colo de útero e a sua faixa etária prioridade, ou seja uma colposcopia a cada 3 anos, depois de 2 exames consecutivos com laudo negativo para câncer com tempo de intervalo de 1 ano entre os mesmos nas mulheres prioritariamente na faixa etária de 25 a 50 anos. (PRO-ONCO, 1989).

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde através da promulgação da constituição Federal no ano de 1988 seguido de sua regulamentação pela lei orgânica de saúde em 1990 o Instituto Nacional do Câncer ficou responsável pela estruturação da Política Nacional do Câncer assumindo a PRO-ONCO e extinguindo a campanha Nacional de combate ao câncer de colo de útero. (ZEFERINO, 1997).

Outros fatos históricos foram destaques na história mais recente do câncer de acordo com Fiocruz (2014) a seguir apresentados:

- Instituição em 2012 do Programa Nacional visando à qualidade do exame mamográfico;
- Apresentação em 2011 do planejamento para fortalecer o programa de controle do câncer de mama e útero no país;
- Envolvimento em 2010 do INCA na campanha outubro rosa;
- Implantação em 2008 do sistema de informação do câncer de mama (SISMA-MA);
- Implantação em 2006 do pacto pela vida em defesa do SUS e da gestão;
- Publicação em 2004 do consenso câncer de mama;

- Lançamento em 2002 da 2^a fase da campanha nacional de combate ao câncer de colo de útero;
- Implantação em 1987 do Programa de Oncologia (PRO-ONCO);

2.3.2 Organização da rede de atenção em saúde oncológica

De acordo com normas vigentes atuais do SUS, deve a atenção em oncologia se organizar no modelo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como uma metodologia de atenção em saúde da população. Assim a RAS se caracteriza como montagem organizacional de serviços de saúde diferenciadas, segundo ofertas tecnológicas unidas e disponibilizadas em teia, criando relações horizontais por meio de suporte diferenciados e processos administrativos diversos que garantam uma assistência integral e multiprofissional. É a partir da atenção primária em saúde que se processa todos esses desdobramentos. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. A RAS é definida como uma teia organizada de ações e serviços de saúde, de diferentes complexidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração de diversos setores de diferentes áreas de forma articulada, ascendente, visando a resolutividades do problema do usuário contemplando em todo o ciclo de ações acolhimento e humanização. (BRASIL, 2010b).

Segundo Mendes (2011) as RAS podem ser caracterizadas pelos seguintes aspectos: interdependências, autonomia, confiança, relações relativamente estáveis e cooperação. A RAS é interdependente por que nenhum serviço sozinho consegue atingir a integralidade logo, eles se completam. O serviço tem autonomia para resolver aquilo que é possível e encaminhar as demais necessidades para a rede apoiadora, permitindo ao usuário seguir em rede. É importante no caminho percorrido, os acolhedores da rede manter uma relação de respeito ao que já foi executado, a fim de manter um clima de estabilidade ao que ainda necessita ser feito, determinado um fluxo contínuo de cooperação, sem desfazer as ações realizadas e acrescentando as seguintes.

A RAS se caracteriza, segundo Brasil (2010b), em formar relações sem verticalizações entre pessoas em diferentes pontos da rede de atenção em saúde, utilizando a comunicação como elo de ligação entre as partes; desenvolver as ações de saúde, segundo as necessidades da comunidade; ofertar serviços de forma intercalada, contínua e integral; ação assistencial; e atenção em equipe para alcançar os objetivos com efetividade sanitária e eficiência.

A fim de promover a intersetorialidade de diferentes eixos que podem compor a atenção ao cidadão, o Ministério da Saúde esta priorizando a construção de redes temáticas prioritárias: a rede cegonha; a rede de urgência e emergência; a rede de atenção psicossocial e a rede de atenção oncológica, sendo o alicerce destas a Atenção Primária em Saúde. Essas redes temáticas podem ser complementadas por serviços da rede do sistema único de assistência social e políticas de atenção a mulher, hierarquicamente

organizada em diferentes níveis de complexidade. (MENDES, 2011).

Com o envelhecimento cada vez crescente da população no Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão ocupando posição de destaque. Depois das doenças cardiovasculares, o câncer apresenta-se em segundo lugar como a principal causa de morbidade e mortalidade. (BRASIL, 2011a).

Referente ao rastreamento do câncer no Brasil houve aumento na cobertura de mamografias de 54,8% em 2003, para 71,1% em 2008. No mesmo período também houve um aumento na cobertura do exame citológico de 82,6% para 87,1%, entre mulheres com idade entre 25 e 59 anos segundo a PNAD, 2008. O aumento destas respectivas coberturas deu-se com a implantação e ampliação da estratégia de saúde da família, principalmente no interior do país, norte e nordeste áreas de maior incidência da doença. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Entre os maiores desafios no rastreamento populacional está o aumento da cobertura dos exames em mulheres de áreas sociais mais vulneráveis pois, ainda persistem disparidades em relação à escolaridade e região, que precisam ser superadas. (BRASIL, 2011b).

Para um correto e organizado rastreamento do câncer de colo de útero e de mama, o plano recomenda: aprimorar do rastreamento; ofertar exames a todas as mulheres, principalmente aquelas em condições mais excludentes, e garantir acesso ao tratamento nas fases iniciais. Dentre as estratégias para consolidar um sistema nacional, padronizado e integrado de informação sobre o câncer destacam-se. (BRASIL, 2011a):

- a. Fornecer auxílio técnico aos Registros de Controle de Base Populacional para ajustes e melhoria das informações visando a qualidade e atualização das mesmas de forma constante;
- b. Analisar os registros de câncer por meio da qualidade dos indicadores de desempenho alcançados;
- c. Fornecer, de forma rápida e ocasionais, dados sobre o câncer em âmbito local, estadual e nacional elaborados pelos Registros de Câncer de base populacional e hospitalar (RCBP e RCH);
- d. Interpretar informações sobre incidência, mortalidade e sobrevida do câncer por meio dos dados dos RCBP e RHC do Brasil e suas diferentes regiões;
- e. Intercalar as principais bases de dados sobre morbimortalidade por câncer no país;
- f. Consolidar os Registros de Câncer de Base Populacional e os Registros Hospitalares de Câncer como dados oficiais de informação para a vigilância de câncer, integrando seus bancos de dados aos Sistemas de Informações do SUS;
- g. Consolidar a vigilância de câncer dentro das vigilâncias a nível nacional, estadual e municipal;
- h. Fomentar as instituições de ensino e de pesquisa a produção de pesquisas relacionadas a análise dos dados de sobrevida sobre o câncer;

- i. Incentivar o Desenvolvimento de pesquisas sobre a análise de dados do câncer de mama e colo de útero a partir do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação On-line (SINANNE).

Dentre as estratégias para consolidar a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama no Brasil, têm-se: a) consolidar o rastreamento organizado do câncer do colo do útero; b) incentivar o diagnóstico precoce do câncer de mama; c) melhorar a cobertura do acesso das mulheres com fatores de risco à mamografia de rastreamento; d) garantir a implantação a níveis locais de programas de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero; e) garantir a implantação a níveis locais de um Programa de Gestão da Qualidade da Mamografia; f) educação permanente de profissionais da estratégia de saúde da família e do ambulatório especializado; g) Capacitar equipes de saúde da ESF da atenção secundária para a detecção precoce do câncer de mama; h) estimular o desenvolvimento ações de informação e mobilização sociais relacionadas à prevenção e à detecção precoce do câncer do colo do útero e de mama. (BRASIL, 2011a).

A projeção para cobertura da Mamografia e exame de Papanicolau de 2014 para 2022 deve atingir uma cobertura em torno de 95% das mulheres em idade de risco. (BRASIL, 2011b).

2.4 O papel da estratégia de saúde da família na rede de atenção a saúde do sistema único de saúde

A estratégia de saúde da família enquanto política atual teve sua origem no início na década de 90 na sua versão inicial sua versão foi o Programa de agentes comunitários de saúde sendo marcada por eventos de críticas. Persistindo após quatro anos foi incorporando ao modelo as equipes de saúde da família o que ampliou e valorizou as ações dos agentes comunitários de saúde. De programa a política o Ministério da Saúde reconheceu sua importância na construção do modelo que visa estruturar a promoção da saúde enquanto espaço principal de se fazer saúde na rede de atenção primária, tendo a família como o centro de sua atenção respeitando as influências da dimensão social e do meio ambiente. (MARTTINS; GARCIA; PASSOS, 2008).

No modelo da ESF, o SUS utiliza a dimensão da vigilância em saúde utilizando o plano de ação estratégico e oferecendo atenção a saúde a partir do eixo epidemiológico contemplando seus princípios e diretrizes, reconhecendo a influência dos fatores socioambientais e culturais na construção das práticas de saúde no paradigma da integralidade alternativo ao modelo biomédico de intervenção até então vigente. (CARBONE; COSTA; 2004).

A atenção primária em saúde apresenta-se como a principal via de acesso do cidadão aos serviços de saúde onde tudo deve ser iniciado, utilizando o acolhimento a este cidadão como metodologia de atendimento, a partir daí as ações em equipe deve dar respostas aos problemas de saúde apresentado, atenuando e minimizando danos a saúde nas dimensões biopsicossociais, promovendo um cuidado resolutivo, integrando este cidadão quando necessário a rede de atenção em saúde garantindo sua integralidade. (BRASIL, 2011b).

Segundo o Ministério da Saúde o principal objetivo da estratégia de saúde da família

é promover a reelaboração do modo de atenção à saúde a partir da organização da atenção primária em saúde atendendo as expectativas do SUS reconstruindo um novo jeito de fazer saúde nas unidades de saúde onde estas equipes de saúde da família estão lotadas, especificando as atribuições do serviço e da comunidade. (BRASIL, 1997).

Repensando o modelo de atenção em saúde praticado na ESF verifica-se a necessidade de sua reorientação no sentido de estimular um trabalho na equipe de saúde de forma na perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos, abandonando o excesso de trabalho priorizado em ações burocráticas o que nos afasta da integralidade atingindo também o estilo de gerenciar os processos e sistemas de trabalho. A organização da ação assistencial deve fundamentar-se na transversalidade e intersetorialidade utilizando um processo de comunicação efetiva na equipe de saúde o que promoverá uma maior efetividade no trabalho. Para a complementação dessas ações surge as referências e o apoio matricial. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2014a).

O modelo de trabalho que os profissionais da ESF devem adotar em conjunto com outros profissionais de saúde de apoio externo chamado de apoio matricial que funcionam como apoio referencial estratégico. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010b).

2.5 O processo de trabalho na estratégia de saúde da família

O processo de trabalho na ESF tem como atividade preliminar a elaboração de uma programação em saúde a partir dos conhecimentos da realidade territorial que irá fundamentar os diagnósticos em saúde, produzindo em seguida a análise da situação de saúde da comunidade. Esse diagnóstico somente é possível por meio de um processo de informação que utilize dados ou fontes fidedignas. Contudo, a equipe de saúde precisa ter compromisso e responsabilidade com o seu trabalho. A equipe de saúde deve extrapolar os espaços cotidianos e extrapolar o espaço extra-muro de sua unidade de saúde. Deve buscar as fontes de informações em saúde nos sistemas oficiais e produzir outras fontes necessárias específicas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2014b).

Conforme ações preconizadas pelo SUS, o planejamento pode ser uma ferramenta para melhorar as ações de saúde prestada a população, permitindo reconhecer os problemas de saúde e a assistência respectiva. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2014c).

O modelo de trabalho da ESF utiliza como sistema a interdisciplinaridade em equipe, com isso permite-se, na ação assistencial, a interseção de diversos saberes na busca da integralidade para resolução dos problemas de saúde, além de priorizar o monitoramento continuo de saúde e a sistematização do processo avaliativo para a implementação da mesma e reorientação dos sistemas de trabalho. (BRASIL, 2006d).

A partir da inserção do cenário de mudança do SUS, pela adoção do modelo de promoção da saúde pela ESF, verificou-se a necessidade de observar o modelo de processos de trabalho em equipe desenvolvido, a fim de verificar como as equipes estão se adequando a este cenário bem como, perceber quem são as pessoas que estão ocupando os cargos de gestão, como ocorre a concentração de atividades assistenciais e administrativas. Verificar também como esta equipe planeja e integra ações de cuidar e ações administrativas. (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

O foco principal do trabalho da ESF é a família, através de vínculos criados pelo seu

acompanhamento contínuo, o que a coloca como centro de tudo na ação do cuidar, nas dimensões de atenção, gestão, política e controle social, de forma eficiente, não mais no modelo curativo mas, no de promoção de saúde. (STEDILE; DALPIAZ, 2011).

Na gestão de trabalho da equipe da ESF é imprescindível verificar como se processa o trabalho em equipe, as vivências que permite a subjetividade, os valores aprendidos no dia a dia para a construção de tomada de decisões no desempenho da função, utilizado como parâmetros os conflitos vivenciados e prazeres nas ações exitosas. (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

2.6 Rastreamento do câncer de colo de útero e mama

2.6.1 *Conceito*

Segundo Gates (2000) o rastreamento e a execução de métodos de diagnósticos específicos a indivíduos aparentemente sadios como o propósito de identificar a doença em estágios iniciais ou de levantamento e controle de fatores de risco tendo com meta principal reduzir a incidência da doença bem como de casos de óbitos ou ainda a minimizar os riscos rastreados.

Etimologicamente o termo rastreamento deriva do inglês screening que presumindo a estratégia de peneira, vindo do inglês sieve, algo cheio de furos. A partir daí na atualidade a palavra screening ou check-up refere algo isento de furos. (GRAY, 2004).

2.6.2 *Caracterização*

O rastreamento oportuniza o encontro com indivíduos que apresentam a doença de forma subclínica. As vezes consideram-se rastreamento como um mero ritual de aplicação de protocolos de entidades profissionais ou de instituições padrões da área sobre medidas profissionais, estando com isso mais adequada ao rastreamento oportunístico como uma medida paliativa e focal mas que não reduz sofrimentos futuros de uma maioria de cidadãs não atingidas por essa “política”. Assim esta estratégia chamada de rastreamento não está imune de riscos pois na prática o mesmo significa fazer um encontro apropriados entre um serviço e pessoas aparentemente saudáveis, mas na verdade com grande potencial de já estar desenvolvendo a doença. (BRASIL, 2010c).

No modelo de rastreamento organizado, as usuárias em situação de atraso são regularmente convidadas através de seu agente comunitário de saúde da estratégia de saúde da família a comparecer ao serviço para a execução dos controles. Para tal utilizam-se meios de comunicação diversificados e disponíveis. As mulheres com laudos alterados também tem prioridade na convocação tendo garantia de acompanhamento e exames complementares com garantia de agilidade e seguimentos assegurados. No rastreamento organizado deve haver um programa de qualidade dos exames laboratoriais com certificação de qualidade. (BRASIL, 2010c).

O êxito do rastreamento do câncer de colo de útero e mama depende de sua organização o que estão diretamente relacionados com a execução de atividades planejadas com a população de mulheres previamente conhecidas e intervalos de execução de exames determinadas previamente a partir de um banco de dados construídos e atualizados. Assim

no Brasil verifica-se a ocorrência de visita de mulheres as unidades de saúde de forma esporádica o que caracteriza um rastreamento oportunístico ai os profissionais de saúde aproveitam para realizar os controle desses cânceres executando uma prática que não é recomendada pelas regras determinadas. O rastreamento oportunístico é uma estratégia ineficiente e não reduz a morbidade e a mortalidade por câncer de colo de útero e mama que acabe se caracterizando como de baixo impacto e rastreamento repetitivos de uma mesma clientela. (MADLENSKY, GOEL, POLZER, ASHBURY, 2003; VALE, MORAIS, PIMENTA, ZEFERINO, 2010; ZEFERINO, 2008).

Segundo (VAINIO, BIANCHINI, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007) o rastreamento consiste em selecionar mulheres em idade de risco e assintomáticas a exames de triagem do câncer de colo de útero e mama para detecção de suas lesões em fases iniciais. Ao detectar lesões precursoras dentro do rastreamento organizado a atenção prossegue referenciando-se essa mulher a serviços especializados para exames de diagnóstico avançados e o tratamentos.

Relacionados ao câncer de colo de útero quando o exame de rastreamento, a colpocitologia atinge cobertura de no mínimo 80% e estes exames apresentam características de qualidade tem fortes impactos nos indicadores mortalidade por esta doença e a sua redução em torno de 90%. (BRASIL 2006e).

O câncer de colo de útero, em especial, tem alto padrão de prevenção, diagnóstico precoce e cura, atingindo um índice de 100% quando rastreado nas fases iniciais com resolutividade a nível ambulatorial em torno de 80% dos casos. Para uma efetiva qualidade do programa de rastreamento com retornos epidemiológicos é ideal uma cobertura mínima de 85% da população feminina em idade de risco onde, estima-se que 40% dessas mulheres nunca se submeteram ao rastreamento. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2006; TENCONI, BECKER, PASINI, HAAS, 2000).

Relacionadas ao rastreamento do câncer de colo de útero no Brasil observa-se uma maior cobertura em mulheres na faixa etária com menos de 35 em virtude destas terem maior frequência às unidades básicas de saúde principalmente para a realização de assistência pré-natal. Com esta supervvalorização de mulheres e rastreamento repetitivos mulheres na maior faixa etária de risco estão deixando de ser rastreadas em um modelo menos oportunístico e mais organizado. (BRASIL, 2006f).

A estratégia recomendada dentro do modelo de rastreamento organizado é incluir mulheres em idade de risco através da metodologia de cartas convites personalizadas por ocasião de acesso a faixa etária, falta ao rastreamento no intervalo proposto ou que nunca realizaram o exame Papanicolaou. Esse modelo mostra-se mais eficiente quando comparados ao oportunístico que se baseiam na procura espontâneas das mulheres a unidade de saúde. (SIGURDSON e SIGVALDASON, 2006).

No Brasil tem se observado um aumento na cobertura de mulheres em idade de risco que aderiram ao rastreamento do câncer de colo de útero. Assim na década de 80 a cobertura girava em torno de 53,1% a 68,9% enquanto que em 2003 houve um aumento de 92,9% contudo observam-se fortes desigualdades regionais e modelo oportunístico instituído. (MARTINS, THULER, VALENTE, 2005).

A Organização Mundial da Saúde normatiza que no rastreamento organizado

do câncer de colo de útero o exame de Papanicolau deve ser realizado anualmente seguidamente por 2 anos, a partir da faixa etária de 25 anos de idade. A partir de 2 resultados negativos e seguidos pode fazer um novo rastreamento a cada 3 anos. A cobertura de 80% do rastreamento na faixa etária de 35 a 59 anos de idade tem sérios impactos positivos nas taxas de morbimortalidade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988).

Quando o rastreamento do câncer de colo de útero é praticado por mulheres a cada 5 anos seu risco é diminuído 84% contudo, se ele for realizado a cada 3 anos a sua redução aumenta para 91%. A sua execução anual aumenta a proteção de mulheres em 2%. (LINOS A, RIZA, 2000).

Vale destacar que relacionados ao câncer de colo de útero o seu diagnóstico precoce está diretamente ligado ao acesso das mulheres a informações sobre a doença, autoexame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia. Metodologias inovadoras de rastreamento possíveis tem sido objeto de estudos nos países em crescimento tendo em vista a recomendação de realização de mamografias de rastreamento por mulheres com idade de 50 a 69 anos. (BRASIL, 2004). O câncer de mama quando rastreado em fases iniciais quando os nódulos tem menos de 2 centímetros de diâmetro tem previsão favorável e grandes chances de cura em torno de quase 100%. No rastreamento do câncer de mama preconiza-se a execução de mamografia bianuals em mulheres de 50 a 74 anos. (WORD HELTH ORGANIZATION, 2008c).

O Instituto Nacional do Câncer orienta a execução de uma mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos de idade, no limite máximo de uma a cada dois anos. Mulheres acima dos 40 anos de idade podem realizar o exame clínico das mamas todos os anos. Mulheres de 35 anos em diante e que fazem parte de grupo acrescido de risco para o câncer de mama devem realizar mamografia e exame clínico das mamas anualmente. (BARRETO, MENDES, THULER, 2012).

A mamografia de rastreamento identifica cerca de 83% dos casos de câncer enquanto que o exame clínico das mamas pode rastrear até 70% dos casos sendo portanto duas importantes ferramentas e, quando utilizadas em associação aumentam o potencial do rastreamento do câncer de mama. (MOLINA, DALBEN, LUCA, 2003).

2.3.3.1 Estratégias recomendadas para o rastreamento do câncer de colo de útero e mama

- a. Identificar as mulheres de 25 a 64 anos de idade que realizaram o rastreamento do câncer de colo de útero e mama;
- b. Identificar fatores de risco em mulheres de 25 a 64 para o câncer de colo de útero e de mama;
- c. Construir um banco de dados para registro de base populacional das mulheres de 25 a 64 anos recomendado pelo Instituto Nacional do Câncer, através da padronização de uma ficha de cadastro de rastreamento do câncer de colo de útero e mama;
- d. Demonstrar a necessidade do recrutamento de mulheres em falta com os exames de rastreamento do câncer de colo de útero e câncer de mama por meio

- do preenchimento do formulário padronizado;
- e. Elaborar indicadores de cobertura de mamografias e de exame de citologia oncológica;
 - f. Realizar um georreferenciamento da cobertura dos exames de mamografia e citologia oncológica;
 - g. Construir ferramentas para o registro de informações que promova o rastreamento populacional organizado do câncer de colo de útero e câncer de mama;
 - h. Disponibilizar um arquivo de mesa com o registro da informação de mulheres em dia e faltosas a mamografia e citopatologia oncológica;
 - i. Aplicativo de celular visando a montagem de um banco de dados de base populacional de mulheres para o registro de informações sobre o rastreamento pelo exame de citologia oncológica cervical e mamografias de uma área;
 - j. Elaborar planilhas em Excel, mapas de registro a fim de promover o registro de informações sobre o rastreamento do câncer de colo de útero e mama;
 - k. Realizar a capacitação dos ACS para o rastreamento do câncer de colo de útero e de mama.

3 | CONCLUSÃO

O rastreamento de câncer de colo uterino e de mama, possibilita uma base sólida para intervenções objetivas e de baixo custo, organizando o serviço e implantando ferramentas para auxiliar nesta busca.

As ferramentas produzidas devem ser essenciais para o serviço organizar o seu modelo estratégico. O rastreamento organizado é uma metodologia de trabalho que melhora significativamente o controle e a qualificação dos exames executados pelas mulheres em idade de risco para o câncer de mama e colo de útero, visando o seu diagnóstico precoce, otimizando o seu tratamento e reduzindo as taxas de mortalidade.

Após a implantação das ferramentas e os resultados alcançados necessitam de um estudo que avalie os impactos decorrentes destas ferramentas implantadas. Fortalecer e promover esse sistema de rastreamento, poderá auxiliar no quadro de monitoramento, incluindo um conjunto de indicadores aplicáveis a contextos regionais, acompanhar tendências e avaliar os progressos realizados em cada região na implementação de estratégias de prevenção.

O uso destas informações além de melhorar a implantação do programa de rastreamento e sistemas de informação e vigilância, trarão qualidade as intervenções, melhorando as práticas relacionadas. Assim sugere-se para o alcance destes resultados propostos a qualificação constante da equipe de saúde em especial ao enfermeiro e agentes comunitários de saúde no sentido de transformar a realidade de saúde social

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Eduardo Silva et al. Avaliação do Seguimento de Mulheres com Exames Citopatológicos Alterados de acordo com as Condutas Preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil em Goiânia, Goiás. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 60, n. 1, p. 7-13, 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/03-artigo-avaliacao-do-seguimento-de-mulheres-com-exames-citopatologicos-alterados-de-acordo-com-as-condutas-preconizadas-pelo-ministerio-da-saude-do-brasil-em-goiania-goias.pdf. Acesso em: 01 mar. 2020.
- BAGARELLI, Lúcia Buchalla; OLIANI, Antonio Hélio. Tipagem e estado físico de papilomavírus humano por hibridização *in situ* em lesões intra-epiteliais do colo uterino. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Feb. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032004000100009>.
- BARRON BA, RICHART RM. A statistical model of the natural history of cervical carcinoma based on a prospective study of 557 cases. **J Natl Cancer Inst** 1968; v.41, n. 6, p.1343-1353.
- BARRETO, Alana Soares Brandão; MENDES, Marina Ferreira de Medeiros ; THULER Luiz Claudio Santos; Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro
- Rev Bras Ginecol Obstet.** 2012; v. 34, n. 2, p. 86-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0100-72032012000200008&pid=S0100-72032012000200008&pdf_path=rbgo/v34n2/a08v34n2.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.
- BOSCH F, SCHIFFMAN M, SOLOMON D. Introducion: future research directions in the epidemiology of huma papilomavirus and cancer. **J Natl Inst Monogr.** 2003; v. 31, p.1-2. Disponível em : <<http://jncimono.oxfordjournals.org/content/2003/31/1.full.pdf+html>> Acesso em: 21 abr 2020.
- BODSTEIN, R.C.A. (coord.). **História e Saúde Pública**: A política de controle do câncer no Brasil. PEC/ENSP, 1987. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v03/pdf/editorial.pdf>. Acesso em 10 maio 2020.
- BUFFON, Andréia; CIVA, Mariema; MATOS, Virgínia Frota de. Avaliação de lesões intra-epiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um laboratório de Porto Alegre. **Rev bras. anal. clin.**, Rio de Janeiro, v. 38, n 2, p. 83-86, 2006. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_04.pdf>. Acesso em: 09 de maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informações Estatísticas (Versão 4.0) Maranhão. Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora. Caxias- Ma, janeiro de 2006 a março de 2014a. SICOLO. Disponível em: < Informações Estatísticas (Versão 4.0) Maranhao Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora> Acesso em : 10 março 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Informações Estatísticas (Versão 4.0) Maranhão. Exame Citopatológico Mama. Caxias- Ma, janeiro de 2009 a abril de 2014b. SICOLO. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siscolo/sismama/DEF/MACMAMA4.def>> Acesso em : 10 abril 2020.
- _____. Portaria nº 874/13. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).2013a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html> Acesso em : 26 jan. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf> Acesso em: 25 março 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: >http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf Acesso em: 25 março. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 26. Secretaria de **Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2007.pdf acesso em:07 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279.** Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010b. Disponível em:>http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf Acesso 25 março. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância: **a situação do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2006c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf>. Acesso em: 06 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006d

_____. Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilancia em Saude. **Programa Nacional de DST e Aids. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis.** 4a ed. Brasilia: Ministerio da Saude; 2006f. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf Acesso em: 04 março 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Controle do câncer de mama: documento de consenso.** Brasília; 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher. **Câncer de colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas.** Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf>. Acesso em: 13 de maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional Controle do Câncer do Colo Uterino. **Controle do câncer do colo do útero.** Brasília, 2001. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_uterino.pdf>. Acesso em 25 março 2020.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 29 jan. 2020.

BUFFON, Andréia; CIVA, Mariema; MATOS, Virgínia Frota de. Avaliação de lesões intra-epiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um laboratório de Porto Alegre. **Rev bras. anal. clin.** Rio de Janeiro, v. 38, n 2, p. 83-86, 2006. Disponível em <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_04.pdf>. Acesso em 09 de abril. de 2020.

CARBONE, E.M.A.; COSTA, M.H. **Saúde da Família, uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2004. Disponível em <COFEN. Resolução COFEN Nº 381/2011. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3812011_7447.htm>. Acesso em 26 jan. 2020.

CONASS. NOTA TÉCNICA | 09 | 2011. **Proposta de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero e de mama.** Disponível em: http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%202009_2011%20-%20Cancer%20de%20Colo%20de%20%C3%9Atero%20e%20Mama%20R.pdf acesso em: 03 abr. 2020.

COSTA, AM. **O PAISM: uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a ser Resgatada.** Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>> Acesso em: 10 maio 2020.

EGGERS, S. A história do câncer em direção à cura. **Revista Hands**, São Paulo, v. 2, n. 10, p. 14-16, 2002.

FIOCRUZ. História do Câncer no Brasil. 2014. Disponível em: <http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/linhadotempo/> Acesso em: 16 maio 2020.

FELICIANO, Cleusa; CHRISTENI, Kelly; VELHO, Manuela Beatriz. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar, v. 18, n. 1, p.75-79, 2010. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a13.pdf>>. Acesso em em 11 abril. 2020.

FERLAY, Jacques et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **Int. J. Cancer**: v. 127, n. 12, p. 2893–2917, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/pdf>>. Acesso em: 25 abril 2020.

GÓES Jr, J.S. **Programa Nacional de Controle do Câncer**. Divisão Nacional do Câncer. Ministério da Saúde, 1973. Disponível em: <http://www.ibcc.org.br/conheca-ibcc/historico.asp>. Acesso em: 10 maio 2015.

GATES, T. J. Screening for cancer: evaluating the evidence. **Am Fam Physician**, United States, v. 63, n. 3, p. 513-522, 2001. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20010201/513.html>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

GLOBOCAN. **Cancer Incidence and Mortality Worldwide**: IARC. NHL = Non-Hodgkin lymphoma. Region boundaries are standard United Nations groupings. 2012, v. 1.0. Disponível em: http://publications.cancerresearchuk.org/downloads/product/CS_INFOG_WORLD_INC.PDF. Acesso em: 25 maio. 2020.

GRAY, J. A. New concepts in screening. **Br J Gen Pract**, England, v. 54, n. 501, p. 292-298, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314856/pdf/15113498.pdf> Acesso em: 17 maio 2020.

HILDESHEIM A, WANG SS. Host and viral genetics and risk of cervical cancer: a review. **Virus Res.** 2002; 89(2):229-40. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&method=add&_eid=1-s2.0-S0168170202001910&originContentFamily=serial&_origin=article&ts=1429641132&md5=b2851e9b655941afeb207640cf12815f> Acesso e: 21 abr 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

FERLAY, J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. **Int. J. Cancer**: v. 127, p. 2893–2917 , 2010. Disponível em ><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/pdf>> Acesso em : 25 março. 2020.

INTERNATIONAL AGENCY Of RESEARCH ON CANCER - IARC working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses. IARC **Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human**. 2007; v. 90, n. 1, p. 636. Disponível em: ><http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100B/mono100B-11.pdf>>. Acesso em 20 maio. 2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

_____. **Informativo** Detecção precoce. Boletim ano 4, – edição especial / 2013a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informa_detecprecoce_3_2013.pdf>. Acesso em 05 abr 2020.

_____. **Atlas on line de mortalidade. Mortalidade proporcional, não ajustada por câncer do colo de útero de útero, em mulheres, entre 1979 e 2012.** Rio de Janeiro, 2013b. <disponível em acesso em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml;jsessionid=837DA16427C8CB86DD00EEE4B396E750#panelResultado>>. Acesso em: 21 abr 2020.

_____. **Atlas de mortalidade por câncer.** Rio de Janeiro: INCA; 2012. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade>>. Acesso em: 01 fev.. 2020

_____. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA; 2011a. Disponível em: >http://www.mg.vivamulher.com.br/downloads/diretrizes_rastreamento_cancer_colu_uterio.pdf.>. Acesso em 01 maio. 2020.

_____. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero:** sumário executivo. Rio de Janeiro, RJ, 2010b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario_colu_uterio_versao_2011.pdf>. Acesso em: 06 maio 2020.

_____. **Atlas de mortalidade por câncer.** Rio de Janeiro; 2008a. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/> Acesso em:

_____. Ações de enfermagem para o controle do câncer. 3ª edição. Revisada. Atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: INCA. 2008b. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>> acesso em: 05 abr 2020.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 3a ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: INCA; 2008c. 608 p.19. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/>>. Acesso em: 06 maio 2020.

_____. **Incidência de câncer no Brasil. Estimativa/ 2006.** Brasília: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versaofinal_estimativa2006.pdf>. Acesso em: 01 jun 2020.

_____. **Estimativas 2005.** Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: INCA/MS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_versaofinal.pdf>. Acesso em: 25 maio. 2020.

_____. **Controle** do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004. 36 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2020.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colu_uterio.pdf> Acesso em 04 abr 2020.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama:** Viva Mulher. 2000. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 01 fev. 2020.

_____. **Viva Mulher** – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. FAF, 1996. Disponível em: http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colu_uterio/historico_acoes Acesso em : 16 maio 2020.

LAGO, T.G. **La Participación Ciudadana en la Toma de Decisiones en Salud de la Mujer en Brasil.** Estudio de caso elaborado para, y presentado en el Curso Adaptándose al cambio: Reforma del Sector Salud y Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, FUNSALUD, Population Council, 2003. Disponível em:< <http://venezuela.unfpa.org/documentos/RSSR.pdf> >. Acesso em: 10 maio 2020.

LINOS A, RIZA E. Comparisons of cervical cancer screening programmes 15. in the European Union. **Eur J Cancer.** 2000;v. 36, n. 17, p. 2260-2265. Disponível em: < <http://www.ejancer.info/retrieve/pii/S095980490000321X> > Acesso em: 01 jun 2020.

MARTINS LFL, THULER LCS, VALENTE JG. **Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura.** *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005. v.27, n.8, p. 485-492. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26760.pdf> >. Acesso em: 01 jun 2020.

MADLENSKY L, GOEL V, POLZER J, ASHBURY FD. Assessing the evidence for organised cancer screening programmes. **Eur J Cancer.** 2003; v. 39, n.12, p. 1648-1653. Disponível em: < http://www.researchgate.net/publication/10638829_Assessing_the_evidence_for_organised_cancer_screening_programmes >. Acesso em: 01 junho 2020.

MOLINA L, DALBEN I, LUCA L. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Rev Assoc Med Bras.** 2003; v. 49, n. 2, p. 185-190. Disponível em: < <http://www.facent.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf> >. Acesso em: 01 jun 2020.

MARTINS, Julieta de Souza; GARCIA, Júnior Ferreira; PASSOS, Ana Beatriz Barbosa. Estratégia Saúde Da Família: População Participativa, Saúde Ativa. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste – MG, v.1, n.1, Nov./Dez. 2008. Disponível em http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/julieta_martins_junior_garcia_e_ana_passos.pdf. Acesso em 27 jan. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Organização Panamericana da Saúde. 2 ed. Brasília, 2011. Disponível em: < <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html> > Acesso em: 16 maio 2020.

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi; SCHIRMER, Janine; BARBIERI, Márcia. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 2, p. 307-311, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200021&lng=en&nrm=iso&http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200021 >. Acesso em: 09 Jan. 2020.

NEVES, Hélio; NAFFAH FILHO. Michel. Mortalidade por Câncer de Mama e de Colo Uterino: Estudo da Distribuição Espacial no Município de São Paulo. **e-CEInfo: Boletim da Coordenação de Epidemiologia e Informação** - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Ano 5, Boletim 2, Novembro de 2014. Disponível em: < file:///C:/Users/VaioRossi/Downloads/Incidencia_Mortalidade.pdf >. Acesso em: 15 maio. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Nota de orientação da OPAS/OMS: **prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres.** Washington. 2013. Disponível em: http://screening.iarc.fr/doc/9789275717479_por.pdf > Acesso em: 01 jun 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Nota de orientação da OPAS/OMS: **prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres.** Washington, 2013.

PARKIN DM, BRAY FI, DEVESA SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. **Eur J Cancer** 2001; v. 37, p. 4-66. Disponível em : < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804901002672> > Acesso em: 21 abr 2020.

PARKIN DM, PISANI P, FERLAY J. Global Cancer Statistics. *Cancer J Clin.* 1999; 49(1):33-64. Disponível em : <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.49.1.33/pdf>> acesso em 04 abr 2020.

PAGLIUSI SR, TERESA AGUADO M. **Effi cacy and other milestones for human papillomavirus vaccine introduction.** *Vaccine.* 2004; v. 23, n. 5, p. 569-78. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17292517>> acesso em: 21 abr 2020.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008.

PEREIRA, Queli Lisiane Castro; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. Acesso à mamografia: percepções dos responsáveis pela política da saúde da mulher. **REME – Rev. Min. Enferm.** v.15, n. 3, p. 365-371, jul./set., 2011. Disponível em <bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em 01 maio 2020

PRADO, Patrícia Rezende do et al. Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC, LSIL e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco - AC, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 471-479, 2012. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf>. Acesso em 01 março. 2020.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**; v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>>. Acesso em 29 jan. 2020.

RAMA, Cristina Helena et al. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100016>.

RAMA, Cristina Helena; Cecilia MARTINS, Maria Roteli; DERCHAIN Sophie Françoise Mauricette; DE OLIVEIRA, Eliane Z. ; ALDRIGHI José Mendes ; MARIANI

SIGURDSON kristijan & SIGVALDASON, Helgui. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer evalution of screening activity in Iceland. *IntmActa Obstetricia et Gynecologica* 2006. v. 85, p. 343-349. Disponível em: http://www.readcube.com/articles/10.1080%2F00016340500432457?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER. Acesso em: 01 junh 2020.

SILVA, Pamella Araújo da; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600005>.

SILVA FILHO, A. M.; LONGATTO FILHO, A. **Colo uterino e vagina:** processos inflamatórios (aspectos histológicos, citológicos e colposcópicos), Rio de Janeiro, RJ p.193-200, 2000. Disponível em: <www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/.../45/pdf>. Acesso em 20 set. 2014.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; DALPIAZ, Ana Kelen. **Estratégia Saúde da Família:** reflexão sobre algumas de suas premissas. 2011. Disponível em:<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/jornada_Eixo_2011/impasses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/estrategia_saude_da_familia_reflexao_sobre algumas_de_Suas_premissas.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2013.

SHIMIZU, Helena Eri; CARVALHO JUNIOR, Daniel Alvão de. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, Sept. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413 81232012000900021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mar. 2020.

SOUSA, Maria Luciana Bezerra et al. **Estratégia saúde da família:** dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS. V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_DIFICULDADES_PARA_A_EFETIVACAO_DA_PROPOSTA_DE_REORGANIZACAO_DO_SUS.pdf>,. Acesso em: 11 Fev. 2020.

TENCONI P, BECKER T, PASINI A, HAAS P. Estudo da Incidência de Câncer de Colo de Útero nas Regiões da Grande Florianópolis e Sul do Estado de Santa Catarina e Análise da Metodologia Utilizada Para Realização do Exame. Rev. NewsLab 2000; v.40, p.164-178. Disponível em: <http://www.portaldeginecologia.com.br/ler.php?id=159> Acesso em: 02 junh 2020.

TEIXEIRA, Luiz Antônio & FONSECA M. O. De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf > Acesso em 02 maio 2015.

TEIXEIRA, L. A; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012. Disponível em: < http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_375-380.pdf >. Acesso em: 16 maio 2015.

U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for breast cancer: an update for the U.S.: preventive services task force. **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 10, p. 727-737, 2009. Disponível em: ><http://www.ohsu.edu/xd/education/schools/school-of-medicine/departments/clinical-departments/medicine/divisions/general-internal-medicine/about/evidence-synthesis.cfm> acesso em 01 out. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Saúde e sociedade:** Estratégias de apoio às Equipes de Saúde da Família/Paola Trindade Garcia/ Judith Rafaelle Oliveira Pinho (Org.). – São Luís, 2014a.

_____. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família:** o planejamento no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família/Ana Cleide Mineu Costa; Judith Rafaelle Oliveira Pinho (Org.). - São Luís, 2

VAN OORTMARSSEN GJ , HABBEMA JD , VAN BALLEGOOIJEN M. Predicting mortality from cervical cancer after negative smear test results. BMJ 1992;305(6851):449-51. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1882551/?page=1> > Acesso em 12 abr 2020.

VALE DBAP, MORAIS SS, PIMENTA AL, ZEFERINO LC. **Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil.** Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. 2010. Disponível: file:///C:/Users/Vaio-Rossi/Downloads/ValeDiamaBhadraAndradePeixotodo_M.pdf> Acesso em 31 maio 2020.

VAINIO H, BIANCHINI F. Breast cancer screening. Lyon: **IARC** Press; 2002. 229 p. (IARC handbooks of cancer prevention; vol. 7). Disponível em:<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook7/Handbook7_Breast-0.pdf> . Acesso em: 31 maio 2020.

ZEFERINO LC. The challenge of reducing mortality due to cervical cancer. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2008; v. 30, n.5, p.213-215. Disponível em: < 11. Zeferino LC. The challenge of reducing mortality due to cervical cancer. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(5):213-5.> Acesso em: 31 maio 2020.

ZEFERINO, L.C. Políticas Oficiais de Controle do Câncer no Brasil. **Acta Oncol. Bras.**,17:172-77, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **International agency for research on cancer**. Globocan 2008. Lyon: WHO, 2008. Disponível em > http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf. Acesso em 01fev.2020.

_____. Early detection. Geneva: WHO; 2007. 42 p. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 3). Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **International agency for research on cancer**. Globocan 2008. Lyon: WHO, 2008a. Disponível em > http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008a.pdf. Acesso em 01 maio. 2020.

_____. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Lyon, **2008b**. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 10 maio. 2020.

_____. **International agency for research on cancer**. World Cancer Report 2008. Lyon, 2008c.

_____. World health statistics 2006. 1. Geneva: WHO; **2006** . Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat2006_erratareduce>. acesso em 01 março de 2020.

_____. Cytological screening in the 14. control of cervical cancer: technical guidelines. Geneva: WHO; 1988 . Disponível em:< <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241542195.pdf> Acesso em: 01 jun 2020.

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 consequente 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).

Analizar 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 reinvindicação 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 estar 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 □ 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 tardivamente. 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 *Papillomavírus 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 do 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 norteada 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 extrapola 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 N° 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.13^a 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://bvsms.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://bvsms.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.scielosp.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.scielosp.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 em06 de abril de 2020.

THULHER, L. C. S.; AGUIAR, S. S; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estadio 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://temasemsaudade.com> Acesso em: 06 de abril de 2020.

EXPRESSÕES DE HOMENS SOBRE O TOQUE RETAL

Moizés Alves de Almeida Neto

José de Ribamar Ross

11 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Pesquisas recentes apontam a neoplasia de próstata como uma doença em ascensão mundial por apresentar, preocupantemente, elevada incidência em todas as partes do mundo e regiões brasileiras. Em meio a um número crescente de casos novos a cada nova estimativa estão as dificuldades encontrada pelos homens em buscarem os serviços de saúde e até mesmo cuidarem da sua própria saúde atentando para essa doença e tantas outras de importância clínico epidemiológica. (RHODEN, 2013).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2035 afirmam que será registrado nesse ano 24 milhões de novos enfermos pelo câncer de próstata com um registro 17 milhões de óbitos provocados pela doença. (BRASIL, 2014).

Entre as causas de mortes nos homens, o câncer de próstata representa a 5^a enfermidade que mais os adoecem além de levá-los a óbitos. São conhecidos a cada ano 543 mil casos novos para essa doença esperando-se ainda que tais valores venham a aumentar nos anos futuros em consequência de melhores condições de vida e oferta ao homem em todo o mundo de acesso aos meios diagnósticos, como seus principais exames. (ZACCHI, 2014).

Ao analisar os números da neoplasia de próstata quanto as estimativas a nível mundial notam-se uma doença em constante evolução e que, segundo Brasil (2011), era aguardado para tal neoplasia no ano de 2008 um total de 915 mil casos novos a serem detectados colocando a doença como a segunda enfermidade que mais acometia os homens além de ter provocado nesse mesmo ano 7,6 milhões de mortes em todo o mundo.

Para o ano de 2012 de acordo com Brasil (2014) essa enfermidade registrou cerca de 1.100.000 casos novos diagnosticados, permanecendo a doença como a segunda mais comum e mais incidente entre os homens em todo o mundo. Boa parte desses casos registrados, cerca de 70%, estão em países desenvolvidos onde os mesmos disponibilizam com maior frequência os testes de rastreio para a doença, a exemplo, do teste de Antígeno Prostático Específico (PSA).

As regiões mais avançadas economicamente e com um sistema de saúde mais evoluído, Austrália, Nova Zelândia, parte da Europa Ocidental e região Norte-americana foi verificado nos últimos anos segundo as estatísticas mundiais um elevado aumento dos casos para essa doença. A região Norte-americana reserva 13% do total de canceres somente para a neoplasia de próstata. Em contrapartida, regiões menos evoluídas como, Caribe, alguns países africanos e da América do Sul, incluindo o Brasil, também apresentam elevados números de casos diagnósticos para esse câncer fazendo com que a neoplasia ocupe a 15^a posição no ranking das enfermidades que

mais matam provocando 6% do total de mortes por câncer em todo o mundo. (ROMERO, 2012).

Somente nos Estados Unidos no ano de 2008 foi documentado 848.170 casos de canceres entre a população masculina, sendo que, a neoplasia de próstata provocou sozinha 241.740 diagnósticos levando a mortes uma significativa parcela desses casos que ficou em torno de 28.170. (VILAR, 2013).

De acordo com Córzar (2013) foram registrados 4.087 novos casos para o câncer de próstata somente no ano de 2010 na população da Espanha e, que desses casos apresentados, 5% se encontram em estado avançado de desenvolvimento, o que provocará um tratamento mais agressivo com mal prognóstico para esse homem. Ainda segundo o autor, nesse país se diagnosticam 22 mil novos casos a cada ano somente para essa neoplasia.

No Brasil esse tipo de câncer vem apresentando números preocupantes de novos casos e mortes a cada ano. Em 2008 a doença foi responsável por 11.955 mortes, em 2010 foi registrado 12.778 óbitos e em 2013 essa enfermidade provocou 14 mil mortes em todo o estado brasileiro. Quanto aos números de novos casos diagnosticados para essa neoplasia, o ano de 2010 apresentou 52.350 novos casos entre os homens. Para o ano de 2012 de 257.870 casos de canceres no sexo masculino, 60.180 se destinava somente a neoplasia de próstata. E em 2015 era esperado que essa doença, sozinha, registrasse uma frequência de 69 mil novos casos descobertos. (SILVA, 2011; SANTOS, 2013; PAIM, 2015).

Quanto ao ano de 2016 o país registrará 600 mil novos casos de canceres, incluindo os de pele não melanoma, e destes 61.200 se destinam a neoplasia de próstata. Essa neoplasia continua configurando no cenário brasileiro como a doença mais frequente entre os homens em todas as regiões do país, sendo que o Sul e o Centro-oeste estão entre as regiões que tal enfermidade é mais presente. O Nordeste registra um dos menores números de casos de diagnósticos, 14 mil, para a doença. Altamente presente em todo o território nacional a neoplasia já vem desde 2008 se mantendo como a segunda maior causa de adoecimento entre os homens brasileiros. (BRASIL, 2015).

O número de diagnósticos para os anos de 2014 e 2015, por estado, previam somente para o estado do Maranhão 910 casos novos descobertos. No entanto, segundo a nova estatística utilizada no ano de 2016 a neoplasia de próstata subirá seu número de casos e registrará 1. 050 novos casos em todo o estado. A capital São Luís registrará 210 casos entre uma população masculina com mais de 3 milhões de homens. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

Contribuindo para elevar ainda mais esses dados estão as más condições de saúde e a baixa expectativa de vida da população maranhense que apresentou em todo o país, segundo registros da Tábua Completa de Mortalidade para 2014, a menor expectativa de vida entre a população masculina brasileira com homens vivendo em média até os 66 anos de idade. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

O número de mortes provocados também pela doença entre os homens maranhenses tiveram um significativo aumento nos últimos anos. Números do Atlas Online de Mortalidade para os anos de 2004 a 2008 demonstram que 18,68% das mortes por neoplasias foram provocadas pelo câncer de próstata e entre 2009 a 2013 esses dados

anotaram 19,53% de mortes por essa mesma doença em todo o estado. Na capital São Luís observando esses mesmos anos a doença apontou 13,4% em 2004 a 2008 e 13,81% em 2009 a 2013. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015).

O câncer de próstata está entre as 5 neoplasias mais frequente no município de Caxias, Maranhão. Ao avaliar os anos de 2000 a 2013 esse câncer disputou o posto de primeiro lugar com o canceres de brônquio e pulmão, fígado e vias biliares. Em 2013 o câncer de próstata representou a doença mais corriqueira na população caxiense que apresenta uma das mais altas taxas de mortalidade para esse tipo de câncer em todo o estado maranhense. Foram documentadas nesse município naquele mesmo intervalo de anos 95 mortes provocados por tal câncer. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

Corroborando a alta frequência dessa enfermidade na população masculina as informações dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) brasileiro referentes aos anos de 2007 a 2011 mostram a neoplasia prostática como a mais corriqueira entre os homens com um total de 64.683 casos, colocando-a como a terceira neoplasia mais frequente entre os adultos, 64.656 casos, que mais buscaram por atendimentos nas unidades oncológicas em todo o país. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015).

Esse tipo de câncer, segundo Medeiros (2011), ainda é desconhecido por muitos, fazendo com que 400 mil homens em idade acima de 45 anos, em todo o país, convivam com essa neoplasia e a maioria se quer tem o devido conhecimento diante de uma enfermidade que registra 35 mil novos diagnósticos a cada ano além de provocar quase 10.000 óbitos de homens por ano no Brasil.

O câncer de próstata é uma doença tida por acometer homens em idade adiantada onde 60% dos casos descobertos em todo o mundo são em homens vivendo acima dos 60 anos. Esse fator de risco, mais confiável e bem esclarecido, vem contribuindo exponencialmente para elevar ainda mais os dados estatístico para esse câncer devendo servir de alerta a sociedade brasileira, pois, vem nos últimos tempos vivenciando um momento de transição em sua pirâmide etária com um elevado número de pessoas vivendo em idade adulta e na velhice precisando criar formas mais eficazes de enfrentamento e sensibilização as boas práticas preventivas para essa neoplasia. (NOGUEIRA, 2013).

Entre os homens de pele mais escura o câncer de próstata vem se tornando mais frequente em todas as regiões mundiais de forma que entre esse grupo comparado aos homens com cor de pele mais clara a patologia é até 1,6 vezes mais comum. Vale ressaltar também a importância de refeições sadias ricas fibras, saladas, frutas, peixes e frangos procurando fugir de frituras, carnes de boi e alimentos ricos em conservantes como os comumente comercializados pelas indústrias alimentícias. (GOMES, 2015).

Outra dificuldade enfrentada está no fato de que a doença é fortemente cercada de receios em consequências de influências culturais negativas impostas ao homem. Assim, muitos só buscam atendimentos e ou mesmo falam sobre esse câncer já estando sintomáticos com a neoplasia, muitas vezes, instalada fazendo com que essa doença provoque elevados gastos a saúde pública brasileira. Em 2010 o Sistema Único de Saúde (SUS) teve 2,4 bilhões em despesas em internações para tratar doenças crônicas como as que atingem o coração, sangue, aparelho respiratório e os diversos tipos de canceres incluindo o de próstata. (SOTO, 2015).

Entre os anos de 2000 a 2007 a neoplasia de próstata foi responsável por 2.377 internações hospitalares. Outros tipos de canceres, genital e urinário masculino, provocaram 2.183 internações. O câncer de bexiga provocou sozinho 1.510 hospitalização. Com isso, as despesas com procedimentos e hospitalizações por esses canceres elevaram as despesas do sistema de saúde pública em até 3,6 vezes. (ARAUJO, 2011).

2 | POLITICA DE SAÚDE PARA O HOMEM

A necessidade de se criar uma política voltada ao atendimento exclusivo dos homens esteve orientada ao observar os dados estatísticos que esse grupo vem enfrentando, durante décadas, os maiores problemas de saúde configurando como a classe, quando comparados as mulheres, que mais morrem e adoecem em consequência de não buscar a prevenção, por não terem um programa que os inclua, por sofrerem influências histórico-culturais lhes orientando na forma de viver e também por se exporem as doenças sem terem uma preocupação em buscar os serviços de saúde caso não estejam sentindo alguma dor ou qualquer outra coisa que os incomode. (MATHIAS, 2014).

Contrariamente as necessidades apresentadas pelo homem, o sistema de saúde pública brasileiro não dispõe de profissionais capacitados para oferecer um atendimento direcionado aos problemas que enfrentam, as unidades de saúde não se programam nem tampouco atentam para as necessidades existentes na saúde do homem que não seja as de caráter fisiopatológico da doença já instalada contribuindo ainda mais para o grupo se distanciar e não aderir as práticas preventivas das mesmas. (ANDRADE, 2012).

A fim de aproximar os homens aos serviços de saúde com um programa voltado exclusivamente ao seu atendimento o Brasil, a exemplo do Canadá, inicia a implantação de políticas públicas que permitirão orientar as unidades de saúde a se programarem para oferecer um atendimento integral, dinâmico, humano e holístico com profissionais capacitados e que conheçam os anseios e problemas enfrentados pelo homem não só no âmbito da doença e suas práticas preventivas mas também quanto as vertentes sociais e culturais por eles enfrentadas. (SCHWARZ, 2012).

Embora na década de 90 tenha iniciado as discussões relativas a saúde do homem e seus agravos foi somente no ano de 2001 que o Brasil iniciou, de fato, a criação de programas direcionados ao homem. Através da lei 10.289 de 20 de setembro de 2001 o país elabora o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata com o objetivo de levar informações ao trabalhar fortemente a educação em saúde, principalmente as questões preventivas, entre esse grupo a fim de sensibilizá-los a cuidarem mais da sua própria saúde. No seu Artº. 4º que dispõem sobre as atividades a serem desempenhadas o texto estabelece desde a veiculação de informações na mídia, sociedades com entidades e órgãos que atendam ou que em algum momento tenham a presença desse público masculino para trabalharem essa doença e seus principais exames, parcerias com secretárias de saúde dos estados e municípios para que se possa ofertar tais exames para homens acima de 40 anos e ainda se trabalhar entre os profissionais de saúde, capacitando-os, no intuito de sensibilizá-los sobre os agravos e medos que cercam essa doença. (MEDEIROS, 2011).

Seguindo alguns pressupostos já estabelecidos pelo Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata com o propósito de melhorá-lo e trabalhar em uma outra

política mais robusta e mais elaborada quanto ao direcionamento na tentativa de incluir o homem nos serviços de saúde foi criada em 27 de agosto de 2009 através da portaria Nº 1944 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH). (CAMPANUCCI, 2011).

Tal política trabalhará, especialmente, a população masculina com idade compreendida entre 20 a 59 anos para tentar despertar entre esse grupo um maior interesse quanto aos cuidados de saúde e as práticas preventivas para as doenças. É nessa faixa etária que ocorrem boa parte de mortes por violências, acidentes e outras enfermidades além de exporem-se com maior frequência a drogas e sexo desprotegidos aumentando as chances de contraírem Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Assim ao levar informações quanto as melhores formas de cuidado consigo mesmo os homens poderão desenvolver um novo olhar quanto aos serviços de saúde passando a aderir aos mesmos com uma maior facilidade. (SEPARAVICH, 2013).

Para atingir esses objetivos juntos aos homens a PNAISH preconiza em seus princípios a orientação entre o grupo, suas famílias e até a comunidade trabalhando intensamente sobre todos aqueles agravos, enfatizando as questões referentes a neoplasia de próstata e o número de mortes, casos descobertos já em estágio avançados, muitas vezes, até tardios para um tratamento eficaz. As unidades de atendimentos ao homem, segundo princípios da política, precisam ser modernizadas, o quadro de profissionais e aparelhos, para ofertar uma boa avaliação clínica do homem a qualquer momento naquele ambiente já que é um local pouco adaptado ao atendimento do público masculino (MOZER, 2014).

Embora a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem desde sua formulação tenha pretendido algo inovador e até eficiente caso conseguisse se consolidar ao trabalhar junto ao homem, ainda sem assistência adequada, vem apresentando dificuldade até para ser implantada em muitos municípios por ainda faltar recursos para ampliação de unidades de saúde e aquisição de novos equipamentos. Os profissionais continuam sem capacitação e treinamento para atender esse público e o pior a população masculina continua frequentando os serviços tardiamente quando as doenças já apresentem algum tipo de desconforto sem se preocuparem com o seu contexto preventivo. (LEAL, 2012).

3 I RASTREAMENTO PARA O CANCER DE PRÓSTATA

Os exames de Antígeno Prostático Específico (PSA) e o Toque Retal são os principais e mais eficientes meios que os profissionais de saúde dispõem para avaliar a próstata. Facilmente realizáveis e não trazem ao homem qualquer tipo de incomodo, dores ou outros comprometimentos. São ainda disponibilizados pelos serviços de saúde pública de forma gratuita para que o público masculino possa vir a estarem se cuidando com mais facilidade e rapidez sem deixar que essa doença continue os acometendo com tanta frequência e sendo diagnosticada já em estágio avançado. (BACELAR JÚNIOR, 2015).

Mesmo com toda segurança existente nesses métodos preventivos e diagnósticos, por falta de evidências científicas, o Ministério da Saúde não encoraja a criação de mutirões ou qualquer outro mecanismo que visem estabelecer um padrão de rastreamento, através

desses exames, para os homens. Em 2008 o Instituto Nacional do Câncer já alertava a sociedade brasileira quanto as desvantagens presentes em submeter qualquer homem a tal prática visto não se reduzir o número de mortes pela doença nem tampouco se conhecer casos novos desse câncer em evolução. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013).

Para Brasil (2010) diversos fatores dificultam a implantação de um programa de rastreamento para esse câncer por não se conhecer ao certo como se desenvolve essa neoplasia e os fatores que levam o homem desenvolver tal enfermidade, sendo que, nem mesmo a história natural dessa doença não é totalmente compreendida. Determinados homens podem ter a doença em curso com um crescimento lento, menos agressiva, sem que venha a desenvolver um quadro que o comprometa. Alguns clientes submetidos a práticas de rastreamento já tiveram resultados não confiáveis lhes custando intervenções medicamentosas e cirúrgicas desnecessárias levando-os, muitas vezes, a óbito.

O processo de rastreamento para essa neoplasia, caso o cliente queira se submeter a tais exames, o profissional, é recomendável, deve orientar esse homem sobre os riscos e os benefícios presentes nessa prática, lhes informando sobre o que venha a ser os exames, como se é feito e que não os causarão maiores danos e ou problemas. Observando esses pontos presentes nesse rastreamento mesmo de forma individual é que se preconiza para homens em idade acima de 50 anos que seja informado sobre tais pontos positivos e negativos afim de decidirem por si próprio se querem ou não realizar tais métodos preventivos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2016).

Por ser uma neoplasia ainda pouco compreendida quanto ao desenvolvimento e fatores de risco sem se saber ao certo qual público está mais vulnerável, além dos de mais idade, cabe aos profissionais de saúde trabalharem fortemente a educação em saúde levando até o homem o real entendimento sobre a doença para que fiquem alertas aos primeiros avisos que seu organismo venha lhes mostrar de que existe uma enfermidade prostática em curso e assim busquem os serviços de saúde a fim de estarem se submetendo a esses exames de avaliação da próstata, caso necessário. (MOREIRA, 2012).

A neoplasia de próstata as vezes em seu curso de desenvolvimento, até em estágios avançados, se apresenta sem causar e ou provocar qualquer tipo de alteração no organismo que venham a despertar esse homem sobre algo que porventura esteja errado nesse órgão. Paim (2015) coloca os problemas urinários, fazer xixi várias vezes no dia e ou a noite, dificuldade para mijar onde o homem empreende muita força para se aliviar chegando às vezes até a serem impedidos de mijar e urina com presença de sangue são importantes meio para que o homem observe que algo está anormal na sua saúde prostática e busquem realizarem exames de rastreamento aconselhado por um profissional urologista.

4 | TOQUE RETAL

4.1 Entendendo o toque retal

O urologista ao avaliar a próstata atrás de uma possível irregularidade, necessita introduzir o dedo no canal retal, ânus, do cliente afim palpar esse órgão em busca de

qualquer alteração em sua estrutura e ou mesmo algum tipo de elevação ou deformidades que venham a leva-lo a suspeitar de qualquer anormalidade. Esse método provoca, entre os homens, medo e fuga por imaginarem que o procedimento lhes trará desconfortos ou outro incomodo sem lembrar do impacto psicológico sofrido ao terem que se submeterem a tal prática. Embora o exame seja rápido, durando em média menos de cinco minutos, os fatores psicológicos como o acanhamento e a crendice da perca da masculinidade criam uma forte oposição e relutância entre o sexo masculino em não aderirem a essa prática preventiva. (MATHIAS, 2014).

Já Romero (2012) mostra que para se realizar o exame de Toque Retal o homem deve se posicionar de forma a facilitar a avaliação da próstata pelo profissional urologista de maneira adequada e segura. As posições muito utilizadas nessa avaliação o cliente fica deitado de lado, esquerdo ou direito, dobrando suas pernas sobre a barriga; na posição chamada de litotomia modificada o cliente deve deitar-se sobre as costas de forma a flexionar suas pernas para facilitar a visualização do ânus; na posição em pé o homem deve flexionar seu tronco apoiando seus braços sobre um suporte e a posição de joelhos sobre a própria mesa do examinador o homem apoia o tronco sobre suas próprias mãos e ou cotovelos permitindo uma fácil introdução do dedo do examinador no canal retal para avaliar a próstata.

4.2 Necessidade do toque retal

Araújo (2015) afirma que boa parte dos canceres de próstata são detectados no estado em que a doença não levanta se quer suspeita de desenvolvimento sem apresentar qualquer tipo de desconforto corporal como elevada ou baixa temperatura corpórea e ou mesmo problemas na hora de ir ao banheiro. Nesse momento ao realizar o toque retal o urologista percebe nesse órgão a presença de áreas com aspectos diferentes e ou alteração no tecido desse órgão, as vezes com elevações e ou áspera, demonstrando a importância de os homens virem a estar realizando esse exame, por ser um tipo de câncer que inicialmente se desenvolve sem levantar qualquer suspeita.

Contrastando a importância da assintomatologia presente na doença em seu estágio de desenvolvimento e a necessidade da realização do exame mesmo não se tendo sintomas, Costa (2013) mostra que muitos homens esperam para buscar falar sobre esse exame e sobre as doenças da próstata ao desenvolverem qualquer quadro sintomático buscando assistência logo após tais sintomas já estarem graves, pois, os mesmos aguardam seu corpo reagir e resolver por si só esses problemas. Vale ressaltar não só a influência sofrida pelo homem, visto os mesmos serem um produto da sociedade que também pensa e se comporta dessa forma, disseminando a ideia de que enquanto não se sentir nada não se precisa buscar os serviços de saúde.

4.3 Sentimentos e desinformação acerca do exame

O exame de toque retal embora apresente boa eficácia na avaliação e no diagnóstico precoce de doenças na próstata, desperta uma forte reação negativa e preconceituosa pela sociedade, muitas vezes, desinformada sobre o que representa esse método, provocando entre os homens uma oposição e relutância na sua adesão, muitos até deixam de realizarem esse exame não pela desinformação sobre o que seja esse método

mais influenciados negativamente pelo pensamento cultural onde o homem se tornará menos homem após ser tocado. (AMORIM, 2011).

Ainda fortemente influenciados pela construção sociocultural sobre o que venha a ser homem para a sociedade, esse grupo carrega fortes componentes simbólicos que os guiam sobre a melhor forma de viver sem que isso lhes traga ou levante qualquer suspeita sobre sua masculinidade. O toque retal passa a ser um componente negativo de influência para o homem por não tocar somente o órgão em si mais agredir, historicamente, uma parte intocável podendo lhes inferiorizar diante da sociedade, da família, dos amigos e ou no trabalho pois passa a ser visto como um motivo de fragilidade, de piadas, brincadeiras e o pior ser associado a figura feminina e ou até mesmo passar a apresentar outros tipos de desejos sexuais por conta de deixar ser examinado através do toque retal. (SOARES, 2014).

Já para Vieira (2012) mesmo existindo a desinformação tanto pelo homem que necessita aderir a esse exame como meio preventivo ao desenvolvimento do câncer de próstata quanto pela sociedade que o influência diretamente direcionando suas diversas formas de viver, um outro fator que deve ser avaliado nessa não adesão a realização do toque retal, é o receio de algum desconforto, visto que boa parte dos que já se submeteram a realizar o toque retal aceitam realizarem novamente o procedimento sem apresentar mais alguns receios quanto as questões culturais frente as dúvidas da presença desse incomodo. Portanto, é necessário não só informar sobre a necessidade de realização do exame mas também sobre como se é feito o procedimento, se possível, demonstrar através de vídeo aula ou simulação com prática, demonstrando que o mesmo não trará nenhum prejuízo a masculinidade, não incomoda e é de fácil realização.

Ainda contribuindo com todo esse contexto negativo existente acerca do câncer de próstata e o exame de toque retal estão os mais diversos setores da sociedade que de alguma forma, direta ou indiretamente, atingem os homens de forma desrespeitosa levando um conhecimento sem maiores cuidados. Muitos homens, ao serem indagados se apresentam algum conhecimento sobre a doença e ou mesmo se já ouviram falar sobre a doença, afirmam que nunca tiveram e nem viram algo que tratasse ou tem dúvidas sobre o que seja tal câncer, outros não relutam em afirmar que foram, negativamente e de forma depreciativa, informados ou viram alguma notícia ou informação sendo veiculada. (OLIVEIRA, 2015).

Vieira (2012) enfatiza o quanto o sexo masculino desconhece sobre uma doença que acomete um número significativos de homens a cada ano, levando-os muitas vezes a vivenciarem maus prognóstico, pois, esse desconhecimento contribui para que só procurem os serviços de saúde já em estado onde a doença os incomodam. No entanto, o que de fato se torna obstáculo fazendo com que esse grupo deixe de participar dos programas destinados a saúde do homem impedindo também em realizarem o exame de toque retal são os valores depreciativos repassados sobre esses métodos além da máxima de que se cuidar é coisa de mulher.

4.4 Conhecendo o procedimento

O toque retal é um método de prevenção que já vem sendo usado e indicado pelos

profissionais há muito tempo. No entanto, como a saúde do homem foi deixada de lado durante boa parte da construção histórica dos sistemas de saúde em todo o mundo, o toque retal foi sendo disseminado entre os homens como uma agressão a sua masculinidade além de lhes causar dores. Compete aos profissionais de saúde informar sobre esse método e sua eficácia e necessidade, pois, mesmo incomodando o homem, esse exame é responsável por grande parte dos diagnósticos dos casos novos descobertos de câncer de próstata, até mesmo em casos onde o exame de sangue, PSA, não se mostra alterado e ou a doença estando em estado avançado e sem lhes provocar qualquer tipo de desconforto físico. (DAMIÃO, 2015).

Araújo (2015) afirma que o exame de toque retal traz consigo uma grave aversão entre os homens em consequência da forte representação que as pessoas fazem em torno desse método, não podendo mostrar de forma alguma, fraqueza e ou mesmo se permitir alguém lhes penetrar em uma parte tão íntima mesmo para fins de cuidado a saúde. Um dos problemas em os clientes fugirem desse exame e se submeterem a realização de outros métodos como o exame de sangue específico para a avaliar a próstata e ultrassonografias é que o toque retal apresenta, comparados aos outros métodos, um maior grau de precisão diante dos casos a serem avaliados já que o profissional palpa a próstata diretamente podendo a avaliar de uma forma mais precisa dependendo do seu grau de experiência e treinamento.

Costa (2013) garante que alguns homens ainda preferem fazer o exame de PSA ao toque retal, pois esse método permite que o homem se sinta de certa forma mais à vontade ao ter que ser tocado. Esse exame ao analisar apenas marcadores bioquímicos presentes no sangue do cliente acaba sendo realizado de maneira mais aceitável não os colocando em uma situação como demonstrado, embaraçosa, vergonhosa, sem agredir sua cultura masculina, onde o homem culturalmente foi criado e influenciado de forma a não precisar ir buscar os serviços de saúde nem tampouco se submeter a um exame de tamanha afronta como o toque retal. No entanto, o exame de PSA por si só não é um método seguro visto alguns fatores que os leva a apresentar alterações e até mesmo pode não trazer a real situação do estado da próstata devendo ser associado ao exame de toque retal para se ter uma maior segurança nessa avaliação.

Romero (2012) ao falar da segurança quanto ao exame de toque retal mostra que os novos métodos de avaliação passando por um simples exame de sangue até os modernos métodos de imagem como as ultrassonografias e ressonância não substituem o exame de toque em sua segurança e eficiência. Embora se apresente alguns pontos negativos na sua realização como não se poder palpar todo o órgão, por exemplo, sem falar das questões e representações das pessoas, que acaba sendo talvez o maior problema nesse método, tal exame permite o profissional urologista avaliar de forma mais objetiva, pois, palpa o órgão diretamente trazendo uma melhor avaliação e conduzindo um possível caso com mais firmeza.

4.5 Medo do diagnóstico do câncer de próstata

Outra característica necessária para a realização do toque retal são os fatores de risco, como história de câncer na família e a idade. Assim, em homens com idade igual ou superior a 50 anos é recomendável a realização do exame, com a ressalva para aqueles

que tiveram na família, pai ou irmão, história de desenvolvimento da doença antes dos 60 é recomendado iniciarem a realização do exame de toque retal aos 45 anos de idade. (BACELAR JUNIOR, 2015).

O medo de ser diagnosticado com algum tipo de câncer, inclusive o câncer de próstata, que se agrava ainda mais quando alguém já presenciou essa doença na família, ainda impede os homens de virem a estarem realizando esse exame e até mesmo se omitindo em não buscar atendimentos haja visto que ao ser diagnosticado com um câncer se cria um rol de incertezas e as influências culturais se tornam ainda mais aterrorizantes, pois, tratam o câncer como uma doença ruim e maligna trazendo ao cliente, obrigatoriamente, sofrimento e morte não deixando espaço para os novos estudos e tratamentos que possibilitam até mesmo a cura dependendo do estado diagnóstico encontrado. (MATHIAS, 2014).

Já para Carvalho (2015) existem ainda as questões referentes ao fator sexual em que o homem tem medo de sentirem se tanto invadidos durante o toque como também o medo de perder os desejos sexuais passando a desenvolver qualquer outro tipo de atração sexual. Ao apresentar-se atraído por outras práticas sexuais após o exame de toque retal o homem seria excluído do seu grupo social passando a ser desrespeitado, ironizado, envergonhado além de perder sua superioridade frente a sociedade. Com esse pensamento o homem deixa de lado o rigor científico presente no exame de toque retal diante de uma neoplasia que, muitas vezes, cursa de forma silenciosa sem apresentar qualquer sintoma e ou alteração urinária e sexual como dores ou ardências que demonstre ao homem alguma anormalidade nesse órgão para que o mesmo busque um profissional. O toque retal permite em muitos casos até mesmo em que a doença está já avançada e sem sintomas se fechar um diagnóstico mais preciso para que se estabeleça uma melhor forma de cuidado e tratamento a esse homem.

4.6 Carência de educação em saúde para os homens

A evasão do homem aos serviços de saúde e as práticas preventivas para as doenças ainda se fundamentam na presença de algum desconforto em seu corpo, e como o câncer de próstata pode não apresentar tais desconfortos até mesmo em casos já avançados dificulta o entendimento e a necessidade do homem em buscar assistência junto aos profissionais de saúde. Logo, cabe aos profissionais, família, autoridades diversas, os diversos órgãos que tenham em algum momento o atendimento ao homem em qualquer situação, meios informativos como panfletos, outdoor, folders, rádios e televisões se unirem em torno de uma só causa, levar informações acerca do câncer de próstata e o exame de toque retal, para que esse grupo entenda que essa neoplasia em questão precisa do empenho desses homens para uma maior prevenção antes mesmo do aparecimento dos primeiros sintomas. (OLIVEIRA, 2012).

Quanto ao grau de instrução que o sexo masculino tem sobre o câncer de próstata, seus métodos de prevenção e diagnósticos e a correta informação entorno do toque retal além da importância do estágio diagnóstico para se ter um tratamento com melhores chances de cura, muitos homens ainda se mostram acanhados e ou mesmo desinformados, alguns se quer já ouviram ou sabem falar o que seja a próstata e ou o câncer de próstata, os colocando assim em situação de maior vulnerabilidade visto quanto

mais se desconhece tais informações mais se relutará em aderir as práticas de busca e cuidado com sua saúde e ou mesmo realizarem o exame de toque retal. (OLIVEIRA, 2015).

Desta forma, cabe aos profissionais, principalmente os da saúde, implementar uma estratégia de educação em saúde mais eficiente para que se observe uma maior participação do homem quanto ao cuidado consigo mesmo, pois, segundo Romero (2012), um outro fator que impede a realização do toque retal está no grau de instrução onde grande parte dos diversos tipos de canceres entre eles o de próstata, mais precisamente, são elevados nas classes menos instruídas. Nesse grupo observa-se um maior preconceito, temor e timidez devido ao forte fator cultural onde o homem usa-se do corpo para sustento dele e da família sem ter que, obrigatoriamente, pensar em adoecer ou mesmo deixar ser tocado.

Para se trabalhar o câncer de próstata Carvalho (2015) enfatiza a necessidade que o público masculino e a sociedade precisam para aderirem aos programas de prevenção não só para os diversos tipos de canceres bem como outras doenças de importância clínico epidemiológica. Outros fatores que afetam tanto homens como mulheres estão as crenças atrasadas diante do câncer por ainda imaginam que a doença continua como uma sentença de morte para aqueles que se deparam com esse diagnóstico, sendo que em alguns casos, diagnosticado em estágio inicial, o tratamento apresenta boas chances de cura. Para o câncer de próstata além dessa desinformação sobre o câncer tem-se ainda os valores negativos repassados diante do toque retal impedindo o homem em buscarem conhecer mais sobre a doença.

O homem em relutar na adesão aos serviços de saúde para se ter um maior conhecimento sobre o câncer de próstata vindo a realizar o toque retal com uma maior frequência, dificulta e até impede a melhor forma de se realizar o diagnóstico precoce dessa neoplasia que se faz através da combinação dos exames de PSA e Toque Retal. No entanto, enquanto não existir uma mudança de comportamentos do homem em se comprometerem a buscar e serem mais atenciosos as doenças da próstata esse câncer, possivelmente, continuará provocando um elevado número de casos novos a cada estimativa. (CRUZ, 2015).

5 I CONCLUSÃO

O homem pouco e ou não conhece acerca da próstata, do câncer de próstata e seus principais exames, principalmente o toque retal, onde o medo em submeterem-se a esse procedimento faz com que se sintam inibidos, envergonhados e avessos ao terem que buscar essa prática com uma maior frequência.

Somado ao pouco entendimento acerca do câncer de próstata e a relevância de suas práticas preventivas, o “achismo” ainda bastante presente na vida do homem de ser desnecessário procurar frequentar as unidades de saúde caso não estejam doentes e ou mesmo dando até mais importância aos seus afazeres diários do que cuidar mais de si mesmo pode permitir que tal câncer continue assombrando os sistemas de saúde ao possibilitar uma elevada estatística para a doença a cada ano.

Com o objetivo de mudar essa realidade que o sexo masculino está inserido é

necessário a criação de um modelo eficiente de educação em saúde a fim de que o homem melhore sua visão para o autocuidado.

Ao tornar-se mais sensibilizado e seguro para aderir as práticas preventivas tanto para o câncer de próstata quanto para outros agravos constantemente expostos como as enfermidades em consequência do abuso de álcool, drogas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), entre outras, os profissionais de saúde fortalecem a classe masculina para enfrentarem as influências sociais, culturais e histórica que insiste em lhes comparar a todo instante a figura da mulher por terem um maior zelo para consigo mesmos.

REFERÊNCIAS

Araújo, JS, Conceição, VM, Oliveira, RAB, Zago, MMF. caracterização social e clínica dos homens com câncer de próstata atendidos em um hospital universitário. REME • Rev Min Enferm. 2015; 19(2): 196-203. Disponível em: <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1015>> Acesso em: 01 junho de 2020.

Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no brasil / Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro. Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <<http://santacasadermatoazulay.com.br/wp-content/uploads/2017/06/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em: 01 junho de 2020.

Gomes, PFLA. Tendências temporais de mortalidade por câncer de próstata no estado do espírito santo. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Federal do Espírito Santo; 2014. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_7511_2012_POLYANNA%20LOBATO%202014.pdf> Acesso em: 01 junho de 2020

Mathias, CV. a experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade de Santa Maria; 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7422>> Acesso em 01 jun. 2010.

Aguiar, RS, Santana, DC, Santana, PC. A percepção do enfermeiro da estratégia de saúde da família sobre a saúde do homem. R. Enferm. Cent. O. Min. 2015; 5(3):1844-1854. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/872>> Acesso em: 01 jun. 2020.

Vieira, KLD, Gomes, VLO, Borba, MR, Costa, CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. Esc Anna Nery. 2013; 17 (1):120 – 127. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000100017&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 01 jun. 2020.

Bacelar Júnior, AJ, Menezes, CS, Barbosa, CA, Freitas, GBS, Silva, GG, Váz, JPS. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. 2015; V.10,n.3,pp. 40-46. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150501_174533.pdf> Acesso em: 15 jun. 2020.

Soares, DAS. Câncer de próstata as barreiras para a realização do toque retal. [Especialização Saúde da Família] - Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4300.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2020

Fernandes, MV, Martins, JT, Cardelli, AAM, Marcon, SS, Ribeiro, RP. perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um hospital universitário. Cogitare Enferm. 2014; 19(2):333-40. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31540>> Acesso em: 15 junh. 2020.

Carvalho, NA. ser-aí-após-o-diagnóstico-de câncer-de próstata: possibilidades de cuidado em saúde do homem. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015. Disponível: <<https://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%c3%a7%c3%a3o-Nat%c3%a1lia-Ana-de-Carvalho.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2020.

Medeiros, AP, Menezes, MFB, Napoleão, AA. fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília 2011; 64(2): 385-8. Disponível em : <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a27v64n2.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2020.

Nascimento, ÉP, Florindo, AA, Chubaci, RYS. exame de detecção precoce do câncer de próstata na terceira idade: conhecendo os motivos que levam ou não a sua realização. Revista Baiana de Saúde Pública, 2010; v.34, n.1, p.7-18. Disponível: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1397.pdf>> Acesso: 15 jun. 2020.

Oliveira, PSD, Araújo, MA, Reis, MPR, Barbosa, HA. Percepção dos homens sobre o toque retal. Humanidades, v. 3, n. 2, jul. 2014 -5. Disponível: <http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a120.pdf> Acesso: 15 jun. 2020.

Soares, DAS. Câncer de próstata as barreiras para a realização do toque retal. [Especialização Saúde da Família] - Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4300.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2020.

RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM MULHERES QUILOMBOLAS

Rivane Sousa da Silva

José de Ribamar Ross

1 | PRESSUPOSTOS INICIAIS

Muito mais do que representar a diversidade biológica dos seres humanos, a cor da pele é um símbolo que representa um elemento muito forte da história do Brasil. No que se refere à garantia de acesso à saúde pela população negra, esses direitos continuam a ser repetidamente negligenciados ou mesmo negados. Em geral, a população negra, e principalmente as mulheres negras, recebem atendimento de saúde mais precário que outros grupos no país. Fatores históricos, econômicos e sociais fazem com que este seja um dos grupos populacionais mais vulnerabilizados na sociedade nacional atualmente. (MELO; SILVA, 2015).

Dados atuais apontam que com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e, consequentemente, com maior exposição a diversos estressores ambientais, e maus hábitos comportamentais, a taxa de mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares (DCV's) na população feminina rapidamente se elevou. Além disso, a frequência de doenças hipertensivas em mulheres negras é bem maior, bem como as sequelas e a gravidade das doenças a ela relacionadas quando comparadas a mulheres brancas. (FIORO et al., 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são atualmente um grave problema de saúde pública, sendo responsáveis por 72,0%

das mortes no Brasil. Entre elas, destaca-se a doença cardiovascular (DCV) como a principal causa de morte e incapacidade no Brasil e em muitos países, acarretando mais de sete milhões de óbitos por ano em todo o mundo, principalmente em grupos vulneráveis, como idosos, mulheres, pessoas de menor renda e escolaridade. (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

Dentre as DCNT a hipertensão arterial (HA) e a diabetes mellitus (DM) configuram importantes problemas de saúde coletiva, pelas suas elevadas prevalências, pelas complicações agudas e crônicas a que dão origem e por representarem juntamente a outros fatores, riscos associados às DCV's, condicionando assim elevadas taxas de morbidade e mortalidade além de custos sociais e econômicos decorrentes do uso de serviços de saúde. (BRASIL, 2012).

Segundo Fioro et al., (2011) acredita que a existência de fatores genéticos associados às doenças hipertensivas em negros parece estar relacionada a uma maior rigidez aórtica em relação às demais raças, elevando o risco para todas as causas em que a HA se configura como um dos mais importantes fatores de risco, como os eventos cardiovasculares e cerebrais. Os fatores envolvidos nesse processo parecem se concentrar em três vertentes: diferenças biológicas (genéticas), as relacionadas à assistência e às questões sociais e culturais.

A Hipertensão é uma das doenças mais comuns, porém como citado na literatura, ela tende a ser mais severa na população negra por questões genéticas, socioeconômicas e

culturais. Boa parte da população negra se concentra nas áreas mais insalubres das regiões urbanas, lotadas nas periferias dos grandes centros, espaços estes, carentes de políticas públicas que atendam às necessidades destes grupos, o que contribui decisivamente para o adoecimento. (SILVA; SARDINHA; PEREIRA, 2012).

Considerando deficitárias, as estratégias que buscam alcançar a população negra, a percepção sobre as muitas vulnerabilidades que, principalmente as mulheres estão expostas, nos deparamos com uma realidade que apontam para questões de discriminação institucional ainda difíceis de serem atenuadas, uma vez que, esse fator dificulta a identificação de agravos que culminam em riscos para morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares nessa população. (BATISTA et al., 2016).

Em face do exposto, o objetivo geral deste estudo é analisar a ocorrência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em mulheres de área quilombola no povoado Nazaré do Bruno de Caxias – MA.

2 | MULHER NEGRA: DUPLA CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE

Historicamente, a mulher negra ocupa dentro da sociedade brasileira, uma posição de grande vulnerabilidade social. Essa situação pode elevar-se a níveis mais alarmantes quando relacionada a sua classe social e local onde reside. Considerando esses elementos como marcadores ativos de discriminação contra as mulheres negras, pode-se caracterizar um perfil de população com menor acesso aos serviços prestados a sociedade como, atendimentos de saúde, acesso à educação, oportunidades de emprego e ofertas de lazer e cultura. (SANTOS, 2016).

A exposição a situações de marginalização e discriminação de todos os âmbitos, implicam em índices desfavoráveis e preocupantes quando relacionados a saúde, nesse contexto os impactos sociais sofridos no que tange a desigualdade de gênero e raça, atingem cada vez mais a mulher negra em nosso país, e essa problemática toma proporções que favorecem as condições de adoecimento e óbito precoce entre essa população. Nesse contexto, a mulher negra ocupa uma posição de vulnerabilidade mesmo com a iniciativa de Políticas de Atenção Integral a Saúde e Diretrizes que tentam garantir a segurança e dignidade dessa classe, indicando uma realidade ainda muito distante do que se é esperado. (BRASIL, 2013a).

Em seu estudo Felisbino-Mendes et al (2014), destaca as mulheres como principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e as pontua estatisticamente como as mais acometidas por agravos de saúde, apresentando uma lista de problemas relacionados a vários tipos de doenças preveníveis e não preveníveis. Esses dados comportam um segmento social que deve ser visto de maneira especial, levando em consideração todas as questões de vulnerabilidade que permeiam a saúde da mulher, inclusive as de raça.

Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição,

anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatose. (BRASIL, 2013b).

3 | O CENÁRIO QUILOMBOLA NO BRASIL

Apesar dos avanços populacionais, as comunidades quilombolas ainda sofrem uma série de problemas sociais que variam desde disputas agrárias a falta de infraestrutura e investimentos públicos por parte do Estado. A precariedade do ensino e da presença de serviços de saúde, o isolamento físico e social dessas comunidades, o preconceito e a falta de informação, demonstram a necessidade sobre o acesso à saúde de forma integral, especialmente no que diz respeito às políticas de promoção e prevenção a agravos sociais. (TIBANA, 2012).

De acordo com o decreto nº 4.887 de 20 de novembro de 2003, quilombos são territórios ocupados por grupos étnicos rurais com ancestralidade negra e possuem trajetória própria de valores e culturais específicas. Buscando instigar a ampliação da discussão sobre o direito a saúde da população quilombola, Freitas et al (2011) pontua em seu estudo a necessidade de sensibilizar profissionais de saúde direcionando-os a refletir sobre as dificuldades enfrentadas pela população quilombola quanto ao acesso a saúde.

A lei que garante acesso para todas as classes, sem distinção, aos serviços de saúde no Brasil (lei 8.080 de 1990) não vem sendo executada conforme prescrita pelos serviços de saúde de nosso país, mostrando uma realidade onde populações vulneráveis, como a população dos quilombos, tem atendimento limitado, principalmente no que se referem aos agravos geneticamente determinados, fatores de risco adquiridos mediante as condições desfavoráveis, de evolução agravada ou tratamento dificultado, no último caso destacam-se as doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2013c).

No ano de 2014, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 1.434 de 04 de Julho de 2004, criou medidas de incentivo direcionadas a ampliação das Equipes de Estratégia Saúde da Família em comunidades quilombolas, em vistas a entender as dificuldade de acesso dessas populações no que se refere às ações e aos serviços de saúde, por suas características sociais (BRASIL, 2004).

Muitas discussões ainda serão necessárias sobre o tema saúde da mulher quilombola, e mais que discussões, também se faz imprescindível o acompanhamento e comprometimento dos profissionais de saúde para que a realidade ainda demonstrada nos dias atuais passe a ter uma nova roupagem e assim consiga atender as demandas pertinentes as fragilidades em que se encontram a mulher negra em nossa sociedade. (IANNI et, 2007).

4 | A MULHER NEGRA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No ano de 2009, por meio da portaria nº 992/09, foi instituída a Política Nacional de

Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) com objetivo de combater a discriminação étnico- racial dentro de instituições de saúde, visando a promoção de equidade em saúde a essa população. Porém, embora haja políticas voltadas para atender a população negra, é visível a existência de discriminação instituição em meio a situações ditas normais, dentro de estabelecimentos de saúde, acontecendo em atendimentos que competem desde a atenção primária até os serviços de média e alta complexidade, caracterizando assim, uma prestação de serviços deficitária no tocante ao direito a saúde, que configura um fundamento constitucional. (BRASIL, 2009).

A discriminação racial em saúde é uma realidade alarmante dentro do cenário de social em que as mulheres negras se encontram. Em 2013, dados da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), chamou atenção para essa problemática como protagonista da inviabilização do acesso aos sistemas de saúde, caracterizando agravamento e elevando a dificuldade de realização do tratamento de doenças específicas, estando inclusas entre elas, as doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2013b).

A expressão “democracia racial” induz a falsa crença de que a pessoa negra não enfrenta problemas de discriminação social. A tentativa de mascarar uma situação que não existe, torna ainda mais difícil o alcance a condições igualitárias para mulheres, em especial as negras, evidenciado a deficiência na implantação, prestação e efetivação de políticas públicas que deveriam atender e garantir o direito a dignidade e equidade a essa população em nosso país (WERNECK, 2016).

A população negra é culturalmente afetada em todas as esferas sociais, e esse agravante é refletido duplamente quando direcionado as mulheres, independentemente de sua classe social ou grau de instrução, desse modo mesmo em áreas urbanas, não estão eximidas de serem expostas a situações de discriminação e negligências assistenciais. Buscando atenuar essa realidade, movimentos feministas em articulação com o movimento negro, traçam uma luta incansável pela conquista do fim da condição de vulnerabilidade enfrentada dia após dia, pelas mulheres negras, almejando êxito quanto as questões de visibilidade racial e de gênero sobre as desigualdades sociais e intolerâncias. (PRATES, 2015).

Todavia, o princípio da igualdade e da não discriminação vem sendo mencionado em vários momentos marcantes de nossa história, a luta pelo direito a boas condições de saúde de maneira igualitária para homens e mulheres, como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) indicam esperança dentro da construção de políticas que propõem atenuar a vulnerabilidade em que as mulheres negras se encontram expostas, especialmente aquelas que tem entre os seus limitantes, a vivencia em um contexto com vestígios de exclusão, regime autoritário e massacrante. (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

No ano de 1993, durante a Conferência Mundial de Direitos Humanos, a Organização das Nações Unidas (ONU) deu destaque aos Direitos das Mulheres reforçando que estes devem ser respeitados por ser um direito humano fundamental. Em nossa realidade, desde as primeiras civilizações temos todos os nossos mecanismos de poder no modelo patriarcal, esse fato tem sido um limitante no que se refere à participação das mulheres como atuantes nas decisões da legislação vigente. Em 1995, os movimentos feministas comemoraram um passo marcante para a história da mulher, quando a visibilidade dos direitos femininos teve

grande impacto positivo, com a ajuda das esferas de poder internacional que levantou a bandeira da promoção de igualdade por gênero (BRASIL, 2011).

Outro grande marco importante para as mulheres negras dentro das propostas de políticas públicas, foi colaboração no movimento negro pelo fim das violências sociais e culturais, uma vez que, por ser considerada a mais pobre, a população negra feminina, morre mais cedo e recebem as condições mais precárias de níveis de orientação escolar, assim como acesso deficitário aos serviços de saúde e poucos ou nenhum direito de inserção de bons cargos no mercado de trabalho. As mulheres, mais em especial, as negras são atingidas fortemente por esses tipos de violência, e cabe frisar que essa condição está estampada, e merecem ser vista de forma também diferenciada. (BATISTA et al., 2016).

5 I EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Com o advento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) a nível de mundo, tornou-se maior a preocupação com o índice crescente de adoecimento precoce, exposição a incapacidade relacionados ao sofrimento crônico e morte prematura. Dotadas de uma potencialidade assustadora, as DCNT's configuraram um perfil de perda de qualidade de vida, com impactos negativos nos âmbitos sociais, econômicos e psicológicos. (GOMES et al, 2015).

Entre o rol das DCNT's, estão as doenças cardiovasculares (DCV's), que se caracterizam por doenças que afetam diretamente o coração e em sua maioria, vem acompanhada de fatores de risco modificáveis, podendo ser citados entre os principais, a cessação do tabagismo e etilismo, bem como a introdução de hábitos alimentares saudáveis e prática diária de atividades físicas. (AZEVEDO; MODESTO, 2016).

Desde a década de 60, com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, e em consequência com sua maior exposição a fatores de risco, como uso do tabaco, maus hábitos alimentares e estresse, percebeu-se um aumento nas taxas de acometimento e mortalidade por DCV's nessa população. Assim, apesar da mortalidade masculina em geral, ser maior do que a feminina, as mulheres no Brasil, apresentam maiores chances de ir a óbito por complicações cardíacas crônicas do que os homens, comparado a outros países. Acredita-se está associado a essa taxa de letalidade o aumento de hábitos considerados lesivos a saúde. (NASCIMENTO; SARDINHA; PEREIRA, 2010).

As doenças cardiovasculares são as principais responsáveis por óbito no mundo. No Brasil, um estudo produzido por Mansur e Favarato (2016), mostra num recorde temporal do período de 1980 a 2012, dados sobre a mortalidade por DCV's e relaciona a associação de acometimento pelo agravo e letalidade prematura a fatores de risco modificáveis, demonstrando uma estatística de cerca de 300 a 500 óbitos de mulheres/ ano por DCV's. A precariedade de informação e da efetivação da prestação de assistência à saúde para alguns segmentos populacionais, os tornam vítimas potenciais no que tange a prevalência dessas estatísticas.

A mulher negra de zona rural, tem seu direito à saúde muitas vezes violado, por estar inserida em um contexto que tem sua base social construída sobre diversas formas de desigualdade e muito embora não esteja no topo do ranking de mortes por DCV's, ainda

representam uma população com grandes riscos de desenvolver complicações cardíacas, afirmativa essa que pode decorrer de fatores ligados a predisposição genética, história familiar, desvalorização dos serviços de saúde, e adoção de estilo de vida incompatível com a prevenção dessas doenças. (PITHAN et al, 2014).

6 I DOENÇAS CARDIOVASCULARES E FATORES DE RISCOS EVITÁVEIS

Os fatores de risco mais importantes associados as doenças cardiovasculares, em sua grande maioria apresentam-se como modificáveis e mesmo aqueles que não o são, se caracterizam como passíveis de controle. Um peso equilibrado, práticas diárias de exercícios físicos, dieta pobre em gorduras, a interrupção do hábito de fumar e do consumo de álcool, assim como a manutenção equilibrada dos níveis pressóricos, valores de glicemia e de colesterol ruim-HDL (*High Density Lipoproteins*), diminuem consideravelmente a morbimortalidade por DCV's. (AUDI et, 2016).

O programa nacional de prevenção em epidemiologia cardiovascular, elenca causas determinantes relacionadas a óbitos por DCV's, e reafirmam a relação entre fatores que preditam o agravamento do diagnóstico e possibilidade de morte em indivíduos fumantes, etilistas, obesos, diabéticos, hipertensos e com níveis de HDL alterados, apresenta ainda um percentual negativo de aproximadamente 34% de óbitos/ano no Brasil por DCV's entre homens e mulheres que se enquadram nesse perfil. (SIMÃO et al, 2013).

Pessoas negras, por decorrência de predisposição hereditária apresentam déficit na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal, esse evento facilita a exposição desses indivíduos a condições de vulnerabilidades acerca de sua saúde, representando agravos que direcionam a fatores de risco para doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco para o acometimento por DCV's, nesse contexto é importante citar a contribuição da predisposição étnica que coloca a população negra em situação vulnerável quando relacionada a outras etnias, ainda vinculadas a essa problemática, a população negra também se destaca entre a categoria de indivíduos que apresentam propensão a evolução agravada ou resposta dificultada a tratamentos direcionados as patologias citadas. (NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2015).

Com estimativas de crescimento dos casos de DCV's na população feminina dia após dia, devido a diversos fatores, acredita-se que ações de promoção e prevenção a saúde, são fortes aliados na modificação de estatísticas de óbito por DCV's no país. Ações de educação em saúde são vistas como ferramentas indispensáveis no direcionamento da população, visando a mudança de hábitos de rotina diária, como por exemplo, a introdução da atividade física. Essas ações promovem melhora na qualidade de vida e proporcionam informação adequada quanto aos riscos e fatores preditores das DCV's modificáveis. (GANASSIN et al, 2016).

7 | A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE ÀS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Deve-se pensar não apenas nos riscos cardíacos, mas todos aqueles que pressupõem questões de vulnerabilidade para pessoas negras. Ação educativa é uma das principais estratégias para disseminar orientações acerca dos riscos evitáveis, bem como facilitar o acesso aos serviços de saúde, visando à detecção precoce de fatores de riscos. (PITHAN et al, 2014).

A capacitação dos profissionais de saúde também compreende um passo importante para a diminuição de agravos a essa população, podemos relacionar essa estratégia a grandes indícios de sensibilização por parte dos profissionais no quesito da busca e investigação de áreas quilombolas em seu local de atuação, podendo então utilizar meios que efetivem a promoção da saúde a essa população. (SOUZA, 2015).

Algumas condições sociais são determinantes para o adoecimento. As mulheres compõem um grupo que está exposto a diversos estressores relacionados ao adoecimento, estes são intensificados devido a ofertas negativas dentro do local onde vivem. Sendo assim, os profissionais, em especial os de atenção básica que é porta de entrada dos serviços, tem papel fundamental no quesito de promoção ao bem-estar em saúde e prevenção de agravos, desde os primários aos mais complexos. (CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015).

Ações de educação em saúde vinculadas aos programas existentes dentro do cenário de promoção a saúde, permitem aos profissionais subsídios que facilitam a conduta de enfrentamento dos problemas encontrados na sociedade com populações vulneráveis, a exemplo da população quilombola. O papel da equipe profissional é fundamental para identificar agravos e melhorias, assim como buscar direcionamento assistencial ideal dentro da comunidade em que atuam. Nesse sentido, percebe-se a influência positiva da comunicação entre equipe e cliente, visando promoção efetiva a saúde. (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

O despertar profissional tem sido visto como um dos recursos mais favoráveis, para que se estabeleça a redução do adoecimento entre indivíduos em condições desfavoráveis, como as mulheres negras de uma comunidade quilombola, devendo-se enfatizar que é fundamental que todas as ações prestadas a esses indivíduos, devem ser pautadas no respeito as suas crenças, cultura e valores. Também é preciso reforçar o objetivo principal, que se refere a possibilitar autonomia necessária das mulheres sobre o cuidado de sua saúde. (NUNES, 2013).

No cenário de estratégias de controle dos fatores preexistentes para DCV's, o profissional deve atuar na população afetada, como encorajador de mudança de hábitos a níveis de reeducação alimentar, práticas de exercícios físicos, diminuição ou cessação do uso de álcool e cigarro, auxiliar na manutenção de equilíbrio de padrões normais de saúde, para indivíduos que possuem doenças crônicas, podendo assim associado a essas intervenções de modificação de rotina, identificar a necessidade da introdução de tratamento farmacológico. (YOSHIDA, 2016).

A lei que garante acesso para todas as classes, sem distinção, aos serviços de saúde no Brasil (lei 8.080 de 1990) não vem sendo executada conforme prescrita pelos serviços de saúde de nosso país, mostrando uma realidade onde populações vulneráveis, como a

população dos quilombos, tem atendimento limitado, principalmente no que se referem aos agravos geneticamente determinados. Nesse contexto, observa-se a existência de fatores de risco adquiridos mediante as condições sociais desfavoráveis, de evolução agravada. (BRASIL, 2013a).

8 I CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa indicam, a existência de fatores de risco iminentes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, na população de mulheres negras do povoado Nazaré do Bruno em Caxias/MA. Os fatores relacionados a essa afirmativa estão baseados nos achados referentes ao cenário de vulnerabilidade em que essas mulheres se encontram, destacando-se o perfil social, hábitos de risco modificáveis, presença de comorbidades, oferta insatisfatória de acesso a saúde, entre outros fatores que indicam padrão de qualidade de vida deficiente.

Ademais, presume-se que a implantação de medidas de educação permanente para profissionais da UBS, como cursos de capacitação e atualização em saúde da população negra, especialmente para o agente comunitário de saúde, por ser quem está mais próximo da comunidade, terá impacto positivo na oferta do cuidado prestado e melhora da qualidade de vida das usuárias atendidas neste povoado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. M. S. **Promoção, prevenção e assistência a mulher no Puerpério em São Francisco do Maranhão.**

2014. 24 f. Monografia Curso de Especialização (Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173093>> Acesso em: 15 maio de 2020.

ALMEIDA, A. L. de. **Influência do sexo na associação da síndrome metabólica com a doença arterial coronariana.** 2011. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2011. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1157>> Acesso em: 15 maio de 2020.

AMARAL, V. M.; et al. **Preferência do consumidor de carne bovina no município de Itinga do Maranhão-MA. Beef consumer preference in the municipality of Itinga do Maranhao-MA.** In: XXV Congresso Brasileiro de Zootecnia – ZOOTEC, 25, 2015, Fortaleza –CE. Anais Eletrônicos. Fortaleza – CE, 2015. Disponível em: <sis.gnius.com.br/uploads/.../7ba3eb94fe12d0b5922cda584eff302f04278127.pdf> Acesso em: 15 maio de 2020.

ARAÚJO, D. R. de. **Inflamação, síndrome metabólica e marcadores de risco cardiovascular em mulheres com síndrome dos ovários policíticos.** 2012. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2012. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1170>> Acesso em: 15 maio de 2020.

AUDI, C. A. F.; et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em servidores de instituição prisional: estudo transversal. Risk factors for cardiovascular disease in prison institution staff: a cross-sectional study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 301-310, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00301.pdf> Acesso em: 15 maio de 2020.

AZEVEDO, P. A. C. de. MODESTO C. M. S. A (re) organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0183.pdf> Acesso em: 15 maio de 2020.

BARBOSA, J. B. **Síndrome Metabólica em ambulatório de cardiologia em São Luís-MA**. 2008. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2008. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1113/1/Jose%20Bonifacio%20Barbosa.pdf>> Acesso em: 15 maio de 2020.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARAES, M. D.C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 503-514, Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000200503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500020017>

BATISTA, L. E.; et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio de 2020.

BATISTA, Francisco Eduardo da Silva; ROSS, José de Ribamar. Sentimentos vivenciados por mulheres de uma área da zona rural de Caxias, Maranhão com neoplasias intra-epiteliais cervicais na busca de atendimento em um serviço de referência. **JMPHC Journal of Management & Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 114-121, 2012. Disponível em: <www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/download/148/151> Acesso em: 15 maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.434, de 04 de Julho de 2004**. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 04 jun. 2004. Disponível em: www1.saude.br/.../11652498269352%20Portaria%20nº%201434%20de%2011 Acesso em: 15 maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992/09, de 13 de Maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 13 maio. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html> Acesso em: 15 maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / **Ministério da Saúde** – Brasília, DF, 2010. 95 p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). ISBN 978-85-334-1729-8. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>> Acesso em: 15 maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Retrato das desigualdades de gênero e raça / Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM**. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 4^a ed. - Brasília: Ipea, 2011. 39 p. Disponível em: <www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf> Acesso em: 15 maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de promoção da igualdade racial. **Programa Brasil Quilombola: Diagnóstico de ações realizadas**/ Ministério da Saúde. Brasília. Março. 2012. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/publicacoes/diagnosco-do-programa-brasil-quilombola-marco-de-2012-1>> Acesso em: 15 maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p. ISBN 978-85-334-1968-1. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 15 maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de promoção da igualdade racial. **Programa Brasil Quilombola: Guia de políticas públicas para a comunidade quilombola/** Ministério da Saúde. Brasília: 2013. Disponível em: <www.seppir.gov.br/portal-antigo/arquivos-pdf/guia-pb> Acesso em: 15 maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Brasília: 2013. 114 p. Disponível em: <www.spm.gov.br/assuntos/pnmp/publicacoes/pnmp-2013-2015-em-22ago13.pdf> Acesso em: 15 maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpor. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.. il. ISBN 978-85-334-2176-9. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 15 maio de 2020.

BEZERRA, I. M.P.; et al. **Construção de práticas educativas junto aos agentes comunitários de saúde: atuação dos enfermeiros.** In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida. Anais Eletrônicos. Fortaleza –CE, 2014. Disponível em: <conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/1700> Acesso em: 15 maio de 2020.

BONOTTO, M.; MENDOZA-SASSI, G.; SUSIN, L. R. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.1, p. 293-302, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63043595030.pdf>>. Acesso em: 15 maio de 2020.

BORTOLUZ, Sara; DE LIMA, Lena Azeredo; NEDEL, Fúlvio Borges. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. **Ciência & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 156-166, 2016. Disponível em: <revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/22009>. Acesso em: 15 maio de 2020.

CAMPOS, Josevaldo Rodrigues. et al. O impacto do peso flutuante sobre fatores de risco cardiovascular em mulheres obesas. **HU Revista**, v. 41, n. 3 e 4, 2016. Disponível em: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2408>>. Acesso em: 15 maio de 2020.

CARAM, Laura Miranda de Oliveira et al. Fatores de risco de doença cardiovascular em pacientes com DPOC: DPOC leve/moderada versus DPOC grave/muito grave. **J. bras. pneumol.** São Paulo, v. 42, n. 3, p. 179-184, June 2016 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132016000300179&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio de 2020.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; et al. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 49, 15, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio de 2020.

CUTRIM, M. S. P. **Gordura abdominal visceral avaliada por imagem em hipertensos de comunidades quilombolas de Alcântara-MA.** 2015. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1170>> Acesso em: 15 maio de 2020.

COSTA, Evelyn Fabiana et al. Avaliação da efetividade da promoção da atividade física por agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2185-2198, Out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001002185&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio de 2020.

DANTAS, Giullya Sousa et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes de uma escola particular de Santa Inês-MA. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 4, n. 19, 2012. Disponível em: <www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/202> Acesso em: 15 maio de 2020.

FELISBINO-MENDES, Mariana Santos; JANSEN, Ann Kristine; GOMES, Crizian Saar; VELASQUEZ-MELENDEZ, Gustavo. Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.30, n.6. Jun, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/0102-311X-csp-30-6-1183.pdf>> Acesso em: 20 fev. de 2020.

FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho; NOGUEIRA, Lídy Tolstenko; VIANA, Lívia Maria Mello. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027978006/>>. Acesso em: 20 fev. de 2020.

FREITAS, D. A.; et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, Set-Out. 937-943 v. 13, n. 5, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500019> Acesso em: 20 fev. de 2020.

FIORIO, N. M.; et al. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v.14, n.3, p.522-530, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/16.pdf>>. Acesso em: 20 fev. de 2020.

FURTADO, Aline Carolina Machado; NOGUEIRA, Maria Paula Pinheiro; LIMA, Thamires Feijão. **A doença de chagas e a importância do raio-x de tórax como o diagnóstico por imagem de cardiomegalia chagásica**. 2014. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso na modalidade artigo (Tecnólogo em Radiologia) - Faculdades Integradas, Belém, 2014. Disponível em: <www.ipirangaeducacional.com.br/banco.../ipiranga_educacional644454b94bb.pdf> Acesso em: 20 fev. de 2020.

GANASSIN, G. S.; et al. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento de homens relacionado às doenças cardiovasculares. **Acta Paul. Enferm**. São Paulo, v. 29, n. 1, p. 38-46, Fev. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. de 2020.

GARUZI, Mirian. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Pública**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, Feb. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. de 2020.

GOMES, C. M.; et al. Estresse e risco cardiovascular: intervenção multiprofissional de educação em saúde. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 69, n. 2, p. 351-359, Apr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200351&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 março de 2020.

IANNI, A. M. Z.; et al. Determinantes do acesso à saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.), São Paulo, n. 41, abr. 2007 . Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122007000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 março de 2020.

JARDIM, Thiago Veiga et al. Comparação entre Fatores de Risco Cardiovascular em Diferentes Áreas da Saúde num Intervalo de Vinte Anos. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 103, n. 6, p. 493-501, Dec. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X201400240008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 março de 2020.

MARQUES, Jamile de Almeida, et al. Estilo de vida de adolescentes como indicador de risco para hipertensão arterial sistêmica em uma escola estadual do município de aldeias altas-MA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**/Electronic Journal Collection Health ISSN, v. 2178, p. 2091. Disponível em: <acervosaud.dominiotemporario.com/doc/16_2016.pdf> Acesso em: 20 março de 2020.

MANSUR, Antonio de Pádua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, vol.99, n.2. Ago, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001100010. Acesso em: 20 março de 2020

MELO, M.F.T. de; SILVA, H.P. Doenças Crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em Comunidades Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**, v.7, n.16, p.168-189, mar-jun, 2015. Disponível em: <<http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103/100>>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

MENDES, Álvaro. Doenças hereditárias, aconselhamento genético e redes familiares e sociais: da ética intergeracional ao papel dos mais velhos. Kairós. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. ISSN 2176-901X, v. 15, p. 199-216, 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12800>>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

MENDONÇA, Erica Toledo et al. Perfil sociodemográfico, clínico e cardiovascular adicional de indivíduos hipertensos. **Revista de enfermagem UFPE** on line-ISSN: 1981-8963, v. 9, n. 12, p. 1182-1189, 2015. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../13659> Acesso em: 20 mar. de 2020.

NASCIMENTO, J.S. do; PEREIRA, A.N.S.; SARDINHA, A.H. de L. Perfil epidemiológico em mulheres portadoras de hipertensão arterial e diabetes mellitus atendidas pela estratégia saúde da família de uma comunidade em São Luís – MA. **Rev Pesq Saúde**, v.11, n.2, p.14-19, mai-ago, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/546/298>>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

NASCIMENTO, Poliana de Sousa. Território e identidade: um estudo sobre a dinâmica religiosa e cultural existente em Nazaré do Bruno-MA. **Anais dos Simpósios da ABHR**, v. 13, 2012. Disponível em: <www.abhr.org.br/plura/ojs/index.php/anais/article/view/666/554> Acesso em: 20 mar. de 2020.

NUNES, Joyce Mazza; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Grupo de mulheres na comunidade: (re)construindo saberes em saúde. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 253-259, Set. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

PRATES, L. A.; et al. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2483-2492, Dec. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202483&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

PEREIRA, Lídia Pitaluga et al. Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1815-1824, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601815&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

PEREIRA, Raliane Talita Alberto; FERREIRA, Viviane. A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família. **Revista ReBraM**, v. 17, n. 1, p. 99-111, 2014. Disponível em: <www.uniara.com.br/legado/revistauniara/pdf/32/artigo_08.pdf> Acesso em: 20 mar. de 2020.

PIMENTA, Fernanda Batista et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, Ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802489&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

PIMENTEL, Ítalo Rossy Sousa et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 20, p. 175-181, 2011. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/95>>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

PITHAN, Circe Ottonelli, et al. Diretrizes para acolhimento e assistência à saúde das mulheres negras. **Coordenação geral da atenção primária serviços especializados e substitutivos (CGAPSES)**. Porto Alegre. 2014. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/diretriz_de_acol_e_assist_saude_mu_negras.pdf> Acesso em: 20 mar. de 2020.

Política Nacional de controle do tabaco: **relatório de gestão e progresso 2011-2012** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). – Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_controle_tabaco_relatorio_gestao.pdf>

RAMOS, Vanessa Kelveny da Silva, et al. Caracterização dos usuários do Hiperdia em uma unidade básica de saúde em um município do Estado do Maranhão. **Revista de Investigação Biomédica**, v. 6, n. 1, p. 82-91, 2015. Disponível em: <www.ceuma.br/revistaelectronica/index.php/RIB/article/viewFile/60/36> Acesso em: 20 mar. de 2020.

RIBEIRO, Amanda Gomes et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-282, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 mar. de 2020.

SABOYA, Patrícia Pozas et al. Síndrome metabólico y calidad de vida: una revisión sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2848, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100615&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde Soc.** [online]. 2016, vol.25, n.3, pp.602-618, Jul/Set, 2016. São Paulo –SP. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162627>>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

SIMÃO, A. F.; et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Ver Soc Bras Card.** Volume 101, Nº 6, Suplemento 2, Dezembro 2013. Disponível em: <www.arquivosonline.com.br> Acesso em: 20 mar. de 2020.

SILVA, N. J.; SARDINHA, A.H.L.; PEREIRA, A.N.S. Risco cardiovascular em mulheres negras portadoras de hipertensão arterial em uma comunidade de São Luís – MA. **Saúde Coletiva**, v.9, n.56, p.40-45, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84223413002.pdf>>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

SILVA, M. H. P. **Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática**. 2015. 34 f. Monografia de Conclusão de Curso (Medicina) - Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br>> Acesso em: 20 mar. de 2020.

SILVEIRA, M.R; SENA, R.R; OLIVEIRA, S.R. O processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família: Implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.** 2011; 15(2):196-201. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/25>>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

SOUZA, R. F. **Avaliação da prática do enfermeiro no âmbito da estratégia saúde da família**. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís-MA, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br>> Acesso em: 20 mar. de 2020.

SOUZA, Marla Caroline Martins de et al. Adiposidade central em idosas de uma unidade geronto-geriátrica. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 787-796, Out. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000500787&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

SOARES, Thays Soliman et al. Hábitos Alimentares, Atividade Física e Escore de Risco Global de Framingham na Síndrome Metabólica. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, v. 102, n. four, p. 374-382, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X201400040008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

SCHNEIDER, Bruna Celestino; DURO, Sueli Manjourany Silva; ASSUNCAO, Maria Cecília Formoso. Consumo de carnes por adultos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3583-3592, Aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803583&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

TAVARES, Nathália Caroline Mendes; et al. Perfil clínico, sexual e reprodutivo das mulheres que realizaram o exame papanicolau no ambulatório de uma faculdade em São Luís-MA. *Revista Interdisciplinar*, v. 10, n. 1, p. 129-138, 2017. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1269>> Acesso em: 20 mar. de 2020.

TIBANA, Ramires Alsamir et al. Relação da circunferência do pescoço com a força muscular relativa e os fatores de risco cardiovascular em mulheres sedentárias. *Einstein*. São Paulo, vol.10, n.3. Jul, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n3/v10n3a13.pdf>> Acesso em: 20 mar. de 2020.

VARGA, István van Deursen; BATISTA, Luís Eduardo. Saúde da população negra e da mulher como políticas públicas e campos intelectuais: subsídios para um estudo de caso sobre o racismo institucional sistêmico. *Saúde soc.* São Paulo, v. 25, n. 3, p. 521-523, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300521&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

VELOSO, Helma Jane Ferreira; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. *Rev. Bras. Epidemiol.* São Paulo, v. 13, n. 3, p. 400-412, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc.* São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. de 2020.

YOSHIDA, V. C.; ANDRADE, M. da G.G. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. *Interface*. Botucatu, 20, n. 58, p. 597-610, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300597&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. de 2020.

CAPÍTULO 5

FALANDO SOBRE LGBTFOBIA NO CONTEXTO ESCOLAR

Georgianna Silva dos Santos

Jociel Ferreira Costa

Breno de Oliveira Ferreira

José de Ribamar Ross

Este capítulo foi construído por uma óptica crítica-reflexiva sobre às contribuições das políticas educacionais acerca da diversidade sexual presente no ambiente escolar. Dessa forma, as atividades públicas de educação nos diversos níveis governamentais apontam para inclusão de cidadãos considerados fora do “padrão comum” numa perspectiva da preservação de direitos à educação.

Neste sentido, diversas ações foram implantadas nos últimos tempos com o objetivo de promover a acessibilidade e a manutenção do cidadão na escola. Este acesso e manutenção é um direito assegurado em diversos dispositivos como a Constituição Brasileira e a Lei de Diretrizes de Base da Educação (Lei nº 9.394/96). Dar segurança ao acesso e manutenção a esses indivíduos que ficam fora das escolas é um dilema, não somente para os gestores de diversos níveis, mas também de toda a sociedade e, principalmente a todos os atores envolvidos no processo educacional nas escolas e salas de aula. (PEIXOTO e MAIA 2012).

Para nos ajudar nesta reflexão, Torres (2013) clarifica como devemos compreender a sexualidade por meio da diversidade sexual, especificamente a população LGBT (lésbicas,

gays, bissexuais, travestis e transexuais) nos ambientes educacionais. Para o autor as formas de expressar a sexualidade estão relacionadas com a forma de vida das pessoas, trazendo suas singularidades, através de expressões que depende do contexto social que o indivíduo esteja inserido, como também do contexto sócio-histórico para compreendermos a sexualidade humana.

Destarte, a escola é um ambiente propício para a promoção da igualdade de direitos, ao oportunizar debates e reflexões para combater comportamentos preconceituosos relacionados à intolerância, as desigualdades de gênero e à homofobia, foco deste capítulo.

A homofobia é percebida numa perspectiva social. O termo surgiu nos Estados Unidos em 1960 contemplando o campo da psicologia para definir uma personalidade violenta compreendido quando relacionado a indicadores que expressam dados de violência, discriminação e desigualdades em ambientes sociais. A principal agenda do movimento LGBT é o combate a anti-homofobia (FERNANDES, GROSSI e PEDRO). A princípio construindo-se um conceito que contemplou um domínio de fobia e repercussões para o rejeitamento e ódio a pessoa que demonstrem aparência de mulher macho, homem efeminado, transexuais e sujeitos bissexuais.

Nos dias atuais a palavra homofobia amplia o seu leque de dimensões principalmente, o da esfera política e ultrapassando-se as concepções anteriormente adotadas. Também na atualidade observa-se mais o foco a um conceito com contemplações psicológicas

e numa perspectiva de preconceito, discriminação e violência contra as populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).

Este novo conceito vem apontar o papel das instituições na manutenção deste contexto de contradição à cidadania e o processo cultural de formação deste ponto de vista violento gerado. (SANTOS e SILVA, 2013). Ainda assim evidencia-se neste mesmo aspecto o termo lesbofobia e transfobia para designar medo excessivo as lésbicas e aos transexuais respectivamente. (SÃO PAULO, 2014). Interessante salientar que a disposição das letras na sigla LGBT dá visibilidade às intenções que se pretende discutir, ou seja, o B – bissexuais, o T – travestis e transexuais e o G – gays podem assumir posições diferentes na sigla de acordo com a pauta de discussão, ou até a inserção de outras letras para expressar as sexualidades. Neste estudo optamos por utilizar o termo LGBT atrelado ao termo “fobia”, para evidenciar todas as formas discriminatórias sofridas por não-heterossexuais inseridos no ambiente escolar.

Com base nesses pressupostos, entendemos que temas voltados para a sexualidade são considerados controversos ou polêmicos, quando tratados em sala de aula. A partir dessa percepção, trazemos alguns questionamentos com o intuito de nortear estratégias de ensino visando instrumentalizar os (as) docentes no desenvolvimento de ações para o combate de práticas discriminatórias.

1 I MOVIMENTO LGBT EM TERRAS BRASILEIRAS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O adoecimento das relações homossexuais no Brasil preservou-se até meados do século XX. Por volta de 1985 os conselhos regionais de psicologia e medicina excluíram da lista de doenças a homossexualidade. O Conselho Federal de Psicologia neste caso foi pioneiro nesta decisão onde este proibiu por parte dos psicólogos qualquer procedimento na perspectiva de tratamento de homossexuais (SANTOS e SILVA, 2013).

Mesmo durante o período militar emergiu com outros movimentos sociais mobilizações nas décadas de 60 a 80 do século passado com o propósito de empoderar a população LGBT. Contudo, com o advento do surgimento e explosão da epidemia da Aids, o movimento LGBT sofreu grande impacto negativo sendo a sua agenda de luta por direitos civis desestabilizada, somente sendo vislumbrado novamente no final dos anos 90 com os avanços no tratamento da Aids. Já no ano de 2002 com a Ascenção ao poder do partido dos trabalhadores políticas de combates a discriminação foram implantadas e na criação do conselho nacional de discriminação representantes do movimento LGBT tiveram assento garantido neste conselho onde foi lançado o programa Brasil sem Homofobia (FERNANDES, GROSSI E PEDRO, 2010).

A teoria da homofobia parte da premissa que todos devem ser heterossexuais numa percepção natural e biológica comum ao instinto inclusive dos animais e, isto não pode ser modificado. Ser homofóbico é negar o direito a essa “anormalidade” ou “anomalia”. Uma vez confirmada passa a ser hostilizada inclusive a viver na clandestinidade como forma de falsa defesa (ESCOLA SEM HOMOFOBIA, 2009).

A luta pelos direitos sexuais prossegue na mesma direção da liberdade ao exercício

da orientação sexual e da identidade de gênero de todo cidadão enquanto direito humano. Apesar dos entraves percebidos e ao processo de construção deste dilema percebe-se discretas mudanças já decorrentes nas alterações e evolução dos costumes e da própria sociedade (OAB SÃO PAULO, 2010).

Na transição do segundo para o terceiro milênio tem se anunciado mudanças de paradigmas considerando no contexto das perversidades sexuais e de gêneros. Muitos discursos trazem confusões decorrentes de culturas enraizada em valores machistas, discriminação de gênero e racismos como parâmetro único de comportamento enquanto macho e fêmea. Esse ideal revela a obrigação de reavaliarmos valores tidos como verdadeiros e que faz parte do cotidiano social, das famílias, nas escolas, nas igrejas, nas empresas e em outros espaços. Assim sendo, é urgente rever nossos conceitos e questionarmos a respeito de como cidadãos dos sexos e dos gêneros poderão ser úteis para que estas diferenças poderão ser transponíveis em especial por um estado paritário, principalmente, nas instituições escolares (KOEHLER, 2013).

De acordo com Mendes e Silva (2020) o Brasil é o país que mais registra crimes letais contra a população LGBT no mundo, sendo os jovens os mais atingidos devido a sua vulnerabilidade. Esses agressores têm a ideia de que a orientação sexual e identidade de gênero é algo que foi escolhido e que pode ser feita outra escolha sexual diferente desta “sem vergonhice”. Se a maioria dos homossexuais pudessem “escolher”, acredito que optariam em não ser violentados e viverem livremente. Se alguém tivesse alguma dúvida poderia um dia viver como homossexual e se manifestar na sociedade e perceber o quão é difícil viver em uma sociedade machista e heterossexual. A sexualidade não é uma opção, simplesmente ela é, nasce, brota naturalmente. Orientação não se controla, vise-se. Ela é tão inevitável quanto a heterossexualidade. (PENA et al, 2012).

A criminalização do homossexual deixou de ocorrer no país no século XIX, tipificada principalmente pela medicina legal que tratou de enquadrar as pessoas segundo o padrão normal do anormal sexualmente. Falando assim, os homossexuais eram classificados como perigosos para a vida social onde sua personalidade em decorrência desse fato era considerada uma aberração. O homossexualismo somente deixou de ser considerado doença na lista do órgão do governo em 1985 e, pelo conselho de classe de medicina em 1999 por influência do conselho federal de psicologia que proibiu aos estes últimos profissionais qualquer possibilidade de terapia de resgate de sua sexualidade para o padrão social aceite. (DOS SANTOS e SILVA, 2013).

As instituições religiosas diferentemente por meio de seus rituais buscam também definir os comportamentos de seus fiéis em termos de sexualidade segundo o regramento bíblico que estabelece o desvio deste padrão normal como pecado e ao que naturalmente foi instituído ao corpo. A reprodução sagrada tem o único meio a ser garantido, a heterossexualidade. Os comportamentos transgressores impedem a salvação espiritual. A igreja no cumprimento desta missão busca controlar em seus espaços e fora dele um poder sobre o corpo e seus desejos (LONGARAY & RIBEIRO, 2015).

Diante desses apontamentos, a escola é um espaço de grande relevância para problematizar diversos aspectos voltados à diversidade sexual, por entendermos que é um ambiente de acolhimento, no qual esta temática pode ser trabalhada de forma

interdisciplinar como forma de Educação para Saúde, para desmitificar conceitos errôneos e no enfretamento a fobia para a população LGBT.

2 | FORMAÇÃO DOCENTE NA PERSPECTIVA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Observa-se nas escolas brasileiras um movimento crescente para inserção de uma política de combate a todas formas de discriminação e LGBTfobia devido a gritante necessidade de combater este grave problema de saúde pública. Ainda é possível perceber no espaço escolar a valorização apenas do padrão heteronormativo, no qual este tem papel bem definido, ocorrendo discriminação de quem não esteja adequado através de diversas maneiras, seja pelo o livro didático, projeto pedagógico ou nas relações professor-aluno. (PEIXOTO & MAIO, 2012).

Assim sendo, a escola pode contribuir enquanto espaço de diálogo e construção de uma consciência crítica e reflexiva de seus alunos embasada na manutenção do direito a pluralidade e direitos humanos. Neste sentido precisa-se instrumentalizar o trabalho dos professores para uma ação pedagógica atuante na perspectiva do respeito a diversidade sexual e identidade de gênero.

Na pesquisa de Santos (2016) com docentes do ensino básico da rede pública da cidade de Pelotas/RS, as falas revelaram silenciamentos e/ou indiferenças quanto às questões referentes à homofobia e a homossexualidade. Para os autores, esses resultados apontam para a necessidade de inclusão dessas temáticas nas grades curriculares das universidades, nos cursos de formação de professores e nos programas de formação continuada docente para a garantia de práticas educativas a favor da igualdade de direitos e da não discriminação por orientação sexual e/ou identidade de gênero na escola.

Em outro contexto, Sousa, Silva e Santos (2017) ao investigarem as representações sociais dos (as) professores (as) sobre diversidade sexual e homofobia, os autores perceberam a necessidade de promover ações pedagógicas como alternativa para os (as) docentes reverem suas representações.

No campo da formação inicial de professores de Ciências Biológicas, Souza, Coelho e Campos (2020) analisaram as significações atribuídas à sexualidade e ao preconceito por parte dos licenciados que participaram do estudo, e puderam perceber que medidas energéticas a favor de discussões sobre preconceito e discriminação precisam ser trabalhadas para superar a visão reducionista da sexualidade, que ainda predomina no ensino de Ciências/Biologia e nos cursos de formação inicial de professores.

Diante do cenário apresentado evidencia-se que a escola não tem uma solução pronta para o problema. A maioria dos (as) professores (as) encontram-se ou chegam despreparados do ponto de vista técnico e pessoal para lhe dar com estas questões. Contudo diante dos dilemas exposto têm perceptividade e boas intenções quando a necessidade de intervir pedagogicamente da busca de novas formas de lhe dar com estes paradigmas buscando pressupostos curriculares e práticos a fim de fundamentar o jeito de compreender e lhe dar com estes sujeitos e transformando suas relações interpessoais.

O importante também é provocar ao entendimento aprofundado sobre o diálogo

para fundamentar a reflexão sobre o preconceito, a discriminação e a maneira como é praticada na escola enquanto forma de violências. Isso promoverá uma série de efeitos positivos na maneira de fazer currículos, ensinar, normas de convivência ética, prática social humanizada repercutindo inclusive na estrutura física da escola. (BORTOLINI et al, 2014)

Diante do exposto verifica-se que a escola tradicionalmente não foi percebida como um local para o contexto da sexualidade ser manifestada ou debatida, embora, na sua invisibilidade esteja o tempo todo presente nestas dimensões. São exemplos desta ocorrência: a separação de esportes na escola por sexo, perfilamento de meninas e meninos, regras de adornos para homens como a proibição de brincos e cabelos longos. Assim, observa-se com poucos exemplos o quanto no cotidiano a sexualidade na escola é mais construída em aspectos de exclusão, pela manutenção da discriminação.

A escola que queremos tem um papel fundamental a cerca destes desafios e da manutenção dos direitos humanos. Num cenário menos negativos de tolerância os (as) alunos (as) gays podem até serem respeitados se ficarem quietos, na gaveta, sem manifestações e assexuados. Com isso, os professores podem ser coniventes com este modelo e na rotina e não percebem esses movimentos discriminatórios (BORTOLINI et al, 2014).

As questões que trouxemos para o debate tiveram a intenção de problematizar as lacunas na formação dos (as) docentes sobre a temática deste estudo. Neste âmbito, apresentaremos no próximo tópico algumas sugestões de abordagens que devem ser adequadas de acordo com o contexto de trabalho do (a) professor(a).

3 I ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO A HOMOFOBIA NO AMBIENTE ESCOLAR

O ensino deve ser pautado pela realidade vivida pelos estudantes, de forma coletiva e principalmente trabalhando questões que vão além de uma listagem fragmentada de conteúdo. Nessa premissa, trazemos algumas estratégias de ensino voltadas para o enfrentamento da homofobia no contexto escolar sem a intenção de apontá-las como solução, mas apresentar diferentes possibilidades de ensino a serem trabalhadas com todos os atores da escola.

A gestão escolar em conjunto com o corpo de coordenadores pedagógicos tem um papel importante nessas ações, na elaboração de uma política interna que promova o respeito a cidadania e o combate à discriminação segundo a orientação sexual dos sujeitos. Nesse caso, o projeto político pedagógico deverá ser repensado coletivamente para contemplar os eixos de combate a homofobia e o direito a diversidade sexual, através de metas e objetivos bem definidos.

A literatura nos mostra e trouxemos alguns pontos para este texto, a existência de lacunas na formação docente sobre o tema, que a formação inicial não daria conta. Nessa premissa, cabe aos órgãos voltados para Educação ofertar cursos de formação continuada a fim de subsidiar a compreensão de questões sobre diversidade sexual, combate a homofobia, e ao mesmo tempo despertar a atenção dos professores, acreditando nas suas potencialidades.

Partindo desse plano voltado para a equipe diretiva e coordenadores, olhamos para o âmago escolar, a sala de aula. Os docentes têm um potencial muito relevante ao incentivar seus alunos, e através de uma educação dialógica poderá surtir bons efeitos no combate a mitos e estigmas que estabelecem que a sexualidade da pessoa humana limita-se apenas a dimensão biológica do ser humano.

Não podemos deixar de abordar que o (a) professor (a) em muitos contextos educacionais tem apenas como aporte teórico o livro didático, e que este apesar de apresenta-se como ferramenta importante para o desenvolvimento de diversos conteúdos, apresenta carências sobre a pluralidade sexual, mesmo que esta permeia a transversalidade, discutida nas diretrizes dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). Algumas práticas com a utilização de ferramentas didáticas mostraram-se exitosas sobre o nível de informação relacionadas a diversidade sexual, epidemiologia e prevenção da violência e discriminação LGBT pelos alunos, estas ferramentas podem ser elaboradas ou reformuladas para o contexto do (a) docente.

Muitos instrumentos didáticos de ensino como jogos didáticos, cartilhas, blogs, almanaque, desenhos, fanzines, cartazes mostraram-se favoráveis às mudanças conceituais sobre diversos conceitos considerados errôneos. São instrumentos que oportunizam o (a) docente observar as interações discursivas entre os (as) alunos (as), pois o diálogo favorece a argumentação.

É importante destacar as potencialidades e limitações ao utilizar ou elaborar atividades que tornem as aulas mais atraentes. Em um primeiro momento é essencial que o professor identifique as concepções dos seus alunos sobre o conteúdo antes de adotar atividades oriundas de outros contextos, pois assim, ele terá a possibilidade de adaptar de acordo com sua realidade.

Em um segundo momento, o campo teórico-metodológico para elaboração de atividades didáticas deve ser desvinculado de estratégias que coloque o aluno apenas como receptor de informações, realizando atividades de cunho memorístico. Outras atividades que externem o ambiente da sala de aula seria a realização de atividades artísticas e esportivas na escola que contemple a temática diversidade sexual. Outra iniciativa, seria articular nos meios de comunicação, entrevistas em programas de rádio comunitária e de televisão envolvendo alunos e professores sobre a temática diversidade sexual, como também, a promoção de diálogos e conversas com pais sobre diversidade sexual e combate a homofobia.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O capítulo nasceu a partir de olhares comuns entre a Enfermagem, a Psicologia e o Ensino de Biologia. Diante de nossas experiências profissionais percebemos que o tema deve estar presente nas escolas. E o mesmo exige sensibilidade em acolher as diversidades. Porém, se não existir ações efetivas de formação docente será muito difícil o avançar desse tema ainda tão preso no medo e desconhecimento.

Esperamos que este capítulo possa contribuir como referência para professores da Educação Básica e demais pesquisadores, tanto no campo da Saúde quanto do Ensino de Ciências.

REFERÊNCIAS

- MENDES, W. G.; SILVA, C. M. F. P. Homicídios da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) no Brasil: uma Análise Espacial. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 25. n. 5. p. 1709-1722. 2020.
- SANTOS, L. P. Contribuições de disciplinas de gênero e sexualidades na formação docente inicial e continuada no enfrentamento da homofobia na escola / Pelotas, 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Pelotas, 2016.
- SOUZA, E. J.; SILVA, J. P.; SANTOS, C. Representações de docentes acerca da diversidade sexual e homofobia. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis. v. 25, n. 2, p. 519-544. 2017.
- SOUZA, D.C.; COELHO, L. J.; CAMPOS, Luciana M. L. Sexualidade e preconceito na formação inicial de professores de Ciências e Biologia: indicativos a partir da pedagogia histórico-crítica. **Debates em Educação**. Maceió, v. 12, n. 26, p. 365-380. 2020.
- TORRES, M. A. A diversidade sexual na educação e os direitos de cidadania LGBT na escola. 2. ed. Autêntica Editora. Ouro Preto - MG. UFOP. 2013.
- MENDONÇA, Ana Carolina; ROCHA, Márcia ;ROCHA C. F. ; SALES, Dimitri Nascimento. Direitos da Diversidade Sexual. Comissão da Diversidade Sexual e Combate à Homofobia da OAB-SP.
- PEIXOTO, Reginaldo; MAIO, Eliane Rose. Relações de gênero no espaço escolar: implicações pedagógicas da homofobia na escola. Seminário de pesquisa do PPE. 2012.
- LONGARAY, Deise Azevedo; RIBEIRO, Paula Regina Costa. Gêneros e sexualidades nos espaços educativos: estratégias de enfrentamento à homofobia. **Revista Educação e Políticas em Debate** – v. 4, n.2 – ago./dez. 2015.
- FERNANDES, Felipe Bruno Martins; GROSSI Miriam Pillar Grossi; PEDRO, Joana Maria. Estratégias brasileiras de combate à homofobia na escola (2004-2009). Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 23 a 26 de agosto de 2010.
- LONGARAY, Deise Azevedo; RIBEIRO, Paula Regina Costa e DA SILVA, Fabiane Ferreira. “eu não suporto isso: mulher com mulher e home. Currículo sem Fronteiras, v.11, n.1, pp.252-280, Jan/Jun 2011m com homem”: analisando as narrativas de adolescentes sobre homofobia.
- DE SOUZA, Kariele Teixeira de Souza. Enfrentamento à homofobia no ambiente escolar: um estudo de caso em Ceilândia/DF. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 2015.
- São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. Diversidade sexual e cidadania LGBT. São Paulo: SJDC/SP, 2014. 44p.
- BRASIL, Ministério da Educação. Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas / Rogério Diniz Junqueira (organizador). – Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009.
- Alexandre Bortolini MOSTAFA, Maria; COLBERT, Melissa; BICALHO, Pedro Paulo; POLATO, Roney e

PINHEIRO, Thiago Félix Pinheiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro1a Edição | Rio de Janeiro | 2014.

Conselho Federal de Psicologia. Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2011. Carreira, Denise. Gênero e educação: fortalecendo uma agenda para as políticas educacionais / Denise Carreira... [et al.]. São Paulo : Ação Educativa, Cladem, Ecos, Geledés, Fundação Carlos Chagas. 2016.

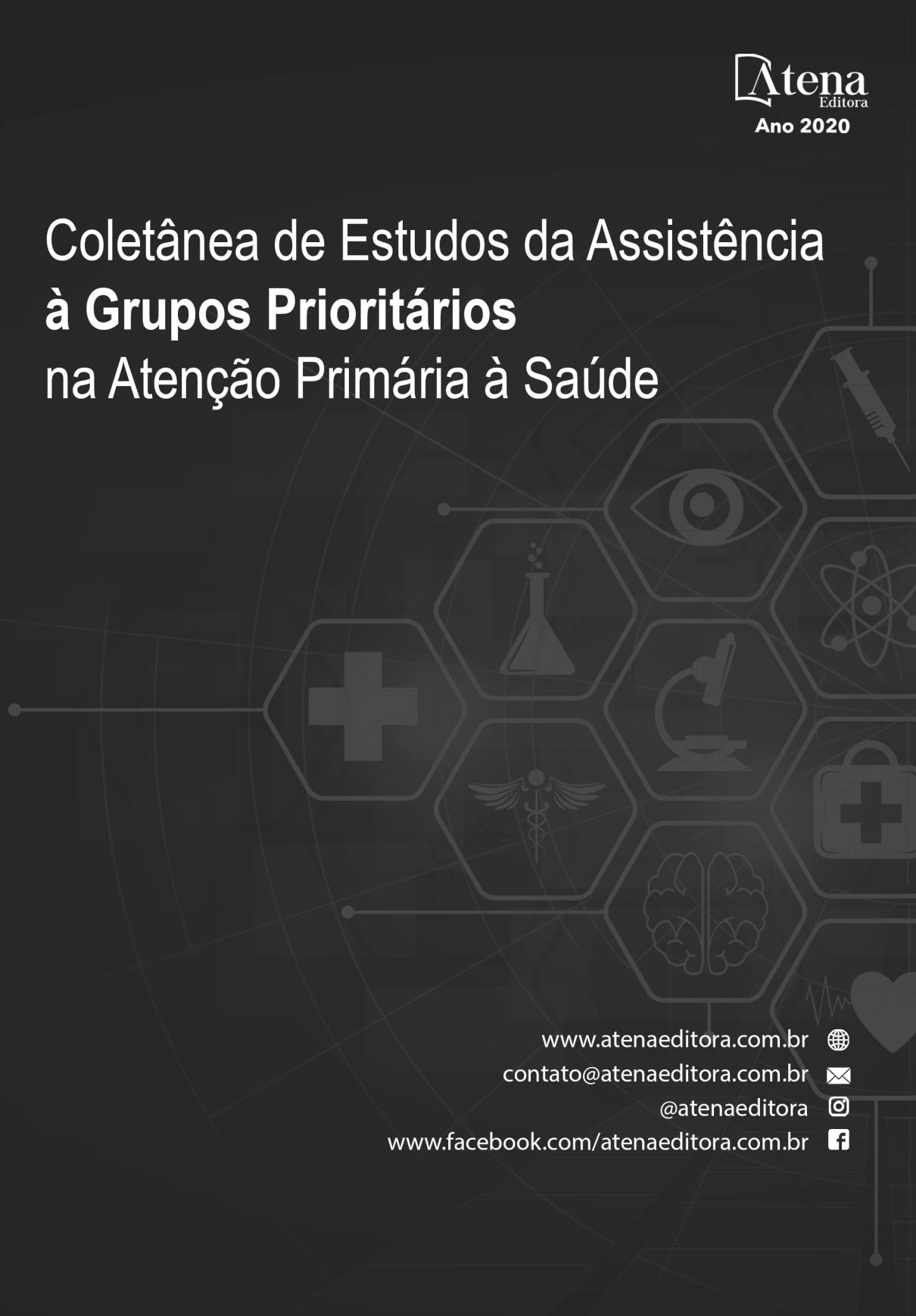
SOBRE O ORGANIZADOR



JOSE DE RIBAMAR ROSS - Graduado em Enfermagem Bacharel com habilitação em Obstetrícia pela Universidade Estadual do Maranhão -Campus Bacabal; Especialista em Administração dos Serviços de Saúde - Universidade de Ribeirão Preto /UNAERP; Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem pela Fiocruz / UFMA; Especialista em Gestão de Políticas Públicas Informada por Evidências Científicas - Nep Sírio Libanês;

Mestrado Profissional em Enfermagem pela Universidade Vale do Rio do Sinos - UNISINOS; Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP. Membro do grupo de pesquisa no Diretório CAPS (GSHAPS) Linha de Pesquisa HPV. Bolsista Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares – PROSUP. Professor Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Maranhão - Campus Caxias. Email: joseross@professor.uema.br

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



www.atenaeditora.com.br 
contato@atenaeditora.com.br 
@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 