



**Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**  
**Centro de Artes, Humanidades e Letras**  
**Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública**

**AURIVANIA CALDAS PINHEIRO**

**CARTILHA SAÚDE DA MULHER: atendimento e  
acompanhamento do câncer feminino em Cruz das Almas.**

Cachoeira  
2018

**AURIVANIA CALDAS PINHEIRO**

**CARTILHA SAÚDE DA MULHER: atendimento e acompanhamento do câncer  
feminino em Cruz das Almas.**

Nota técnica do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Caetano Ferreira.

Cachoeira  
2018

## AURIVÂNIA CALDAS PINHEIRO

### **CARTILHA DE SAÚDE DA MULHER: atendimento e acompanhamento do câncer feminino em Cruz das Almas**

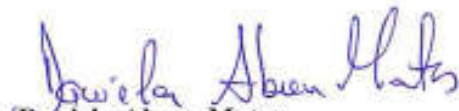
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública, Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

\_\_\_\_\_ em 22 de março de 2018.



**Maria Inês Caetano Ferreira (Orientadora)**

Doutora em Sociologia pela Universidade de São Paulo  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



**Daniela Abreu Matos**

Doutora em Comunicação Social pela Universidade Federal de Minas Gerais  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



**Marcia Rocha**

Doutora pelo Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade da Universidade Federal da Bahia  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

## AGRADECIMENTOS

Gratidão,

Primeiramente a Deus, pelo grande livramento que Ele me deu, por ter me fortalecido ao ponto de superar as dificuldades e permitir que eu alcance esta etapa tão importante na minha vida.

A minha mãe, meu anjo, por tudo que ela me ensinou, infelizmente ela não está mais entre nós para presenciar a concretização de um sonho que era dela também, mas tenho certeza que ela está muito feliz e vibrando por mim.

A minha irmã Tânia, por todo cuidado, carinho, atenção e assumir na minha vida o papel de uma segunda mãe.

Aos meus queridos e amados sobrinhos, Iago Luiz, Igor e Sullivan, por me oferecerem tanto amor, minha eterna gratidão.

A minha prima Juliana, que foi minha fonte de inspiração do meu trabalho, ela é um exemplo de força e superação, uma verdadeira guerreira.

A todos meus amigos que direta ou indiretamente me ajudaram e torceram por mim.

E por fim, agradeço imensamente a minha orientadora, professora Inês, pela sua dedicação, paciência e incentivo.

PINHEIRO, Aurivania Caldas. CARTILHA SAÚDE DA MULHER: atendimento e acompanhamento do câncer feminino em Cruz das Almas. 25p. 2018. Trabalho de Conclusão do Curso de Tecnologia em Gestão Pública – Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2018.

## RESUMO

As mulheres adoecem com grande frequência e vivem mais do que os homens. A saúde da mulher no Brasil foi introduzida às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Nesse período ficou limitada às necessidades relativas à gravidez e ao parto. A rede pública tem o dever de promover a saúde e a assistência às mulheres dispondo de tratamento preventivo e curativo de patologias, como o câncer de colo de útero, de mama e das doenças sexualmente transmissíveis. A ausência de informação faz com que muitas mulheres não busquem esses serviços. Nesse contexto, a elaboração de uma cartilha com orientações sobre a disponibilidade das ações governamentais para saúde da mulher no município representa um subsídio significativo para as mulheres que tem acesso limitado às informações sobre as doenças que podem ser evitadas, por meio de atendimento disponível pelo poder público. O objetivo geral dessa pesquisa foi apresentar por meio de uma cartilha as ações do governo de saúde voltadas ao atendimento da mulher para prevenção e tratamento do câncer de mama e de colo uterino.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher. Ações governamentais. Câncer feminino.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Mortalidade proporcional não ajustada pelas topografias selecionadas*, mulheres, Brasil, entre 2005 e 2015 .....	25
Tabela 02	Distribuição proporcional do total de mortes para mulheres acometida com câncer no Brasil .....	26
Tabela 03	Taxa de mortalidade em Cruz das Almas entre 2005 e 2010 .....	26
Tabela 04	Distribuição proporcional do total de mortes para mulheres, Bahia .....	27
Tabela 05	Taxas de mortalidade pelos municípios da regional de saúde de Cruz das Almas.....	27

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Objetivos.....	10
2.1. Objetivo Geral.....	10
2.2. Objetivos Específicos.....	10
3. Conteúdo da Cartilha.....	11
3.1. Especificações Técnicas .....	12
3.2. Orçamento.....	12
4. Fundamentação Teórica.....	13
5. Considerações Finais.....	36
6. Referências.....	39

## 1. INTRODUÇÃO

As mulheres compreendem aproximadamente 51,03% da população brasileira, de acordo com o censo demográfico realizado em 2010 (IBGE, 2011), e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Brasil (2004), a saúde está relacionada a diversos fatores da vida, como: o lazer, o meio ambiente, a moradia e renda, a alimentação e as condições de trabalho. Porém, quando se refere às mulheres, esses problemas são mais graves devido à discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com os encargos das atividades domésticas.

Em geral, as mulheres adoecem com grande frequência, e vivem mais do que os homens. A vulnerabilidade feminina, diante de determinadas doenças está mais associada com a discriminação na sociedade do que aos fatores biológicos.

A saúde da mulher no Brasil foi introduzida às políticas nacionais de saúde no início das décadas do século XX, nesse período ficou restrita às necessidades referentes à gravidez e ao parto. Porém, na esfera do movimento feminista brasileiro, esses programas são criticados severamente pelos aspectos reducionistas com que a mulher era tratada, visto que, ficavam sem assistência na maior parte de sua vida. Nesse contexto, o movimento feminino colaborou grandemente para a atuação no campo da saúde, implementando na agenda política nacional, questões, que eram colocadas em segundo plano, por serem caracterizadas limitadas ao espaço e às relações privadas (BRASIL, 2004).

O interesse pelo tema saúde da Mulher cresceu no Brasil não somente nos espaços acadêmicos, mas também nos movimentos sociais organizados. Teve início uma parceria com o Ministério da Saúde e as feministas e profissionais da saúde, que introduziram um processo de política para elaboração de propostas de atendimento à mulher que assegurassem o respeito a seus direitos de cidadã, tendo como resultado do Estado: o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (SEPÚLVEDA, 2001).

O Ministério da Saúde, em 1984, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que determinava assistência integral nos serviços de saúde para a mulher seja usado em prol da proteção, promoção e recuperação da saúde. Assim, a assistência clínica ginecológica compreendeu o conjunto de ações e processos referente à identificação,



diagnóstico e tratamento da patologia, em especial do aparelho reprodutivo, como o câncer da mama e uterino (BRASIL, 2004).

A rede pública tem o dever de promover a saúde e a assistência às mulheres dispondo de tratamento preventivo e curativo de patologias como o câncer de colo útero, de mama e das doenças sexualmente transmissíveis. A ausência de informação faz com que muitas mulheres não busquem esses serviços.

Com objetivo de apresentar as ações governamentais a respeito da saúde da mulher, esse projeto tem como finalidade a elaboração de uma cartilha sobre a saúde da mulher. A cartilha é uma compilação simples que prescreve um padrão de comportamento por meio de ilustrações. Seu uso tem grande utilidade, pois reproduz em diversos aspectos a realidade, facilitando a percepção de detalhes, aproximando os fatos e lugares distantes no espaço e no tempo. Trata-se de uma construção dialógica, com a apresentação de saberes articulados, originando um produto holístico (BACELAR et al., 2009).

Nesse contexto, a pesquisa apresenta como questão norteadora: Quais as ações sistematizadas do governo que estão voltadas à saúde da Mulher em Cruz das Almas? Desse modo, o estudo é relevante para a comunidade acadêmica, os profissionais da área de saúde e o setor público, à medida que se pretende investigar as políticas públicas de saúde voltadas ao atendimento da mulher no município de Cruz das Almas, permitindo colaborar com a ampliação das estratégias de prevenção nos programas já instituídos, orientar pacientes, família e comunidade quanto a sua participação nestes programas, oferecendo subsídios para o controle do câncer feminino e conseqüente aumento da adesão às políticas públicas disponíveis, de modo a reverter e/ou minimizar os efeitos negativos no que diz respeito ao comprometimento da qualidade de vida, diminuição dos índices de morbidade e mortalidade e redução dos gastos assistenciais com a hospitalização.

Esse estudo é delineado como exploratório descritivo e de abordagem qualitativa a partir do qual foi elaborada uma cartilha que apresenta informações relevantes sobre as ações governamentais a cerca da saúde da mulher que favorecem o controle do câncer feminino. Para a coleta de dados foi elaborado um roteiro de entrevista aplicado com um médico oncologista e levantamento de dados bibliográficos nos mais diversos bancos de dados, como Scielo, portal do Ministério da Saúde, Instituto do Câncer, entre outros. Também se realizou uma coleta de informações na Central Municipal de Regulação e Clínicas particulares do

município, para colher dados quantitativos, atendimento, acompanhamento e direitos das mulheres detectadas com câncer.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL DA CARTILHA**

Apresentar informações acerca da saúde da mulher, ressaltando as políticas públicas de assistência na prevenção e tratamento do câncer de mama e de colo de útero.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA CARTILHA**

- Apresentar por meio de uma cartilha as ações governamentais sobre a saúde voltadas ao atendimento da mulher.
- Identificar os recursos disponíveis ao atendimento do câncer feminino, envolvendo os equipamentos e recursos humanos;
- Apresentar de forma sintética, dados importantes sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM); e
- Expor elementos acerca dos programas do governo voltados ao Direito à Saúde da Mulher.

### 3. CONTEÚDO DA CARTILHA

Foi desenvolvida uma cartilha, cujo título é CARTILHA SAÚDE DA MULHER: atendimento e acompanhamento do câncer feminino em Cruz das Almas. Para sua confecção foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre a saúde da mulher, políticas públicas, ações governamentais, câncer feminino, câncer de mama, câncer do colo de útero, câncer de ovários, no período de janeiro de 2017 até janeiro de 2018. As pesquisas foram realizadas na Rede Mundial de Computadores (Internet), em base de dados: Scielo, Periódico Capes e Google Acadêmico e através de livros textos, livros didáticos do ensino básico e artigos científicos, além de dados nas plataformas do Ministério da Saúde e o INCA.

A coleta de dados foi feita por meio da técnica de entrevista com profissionais de saúde, o médico Oncologista que ofereceu informações relevantes sobre prevenção, tratamento, detecção precoce, autoexame, sintomas e fatores de risco. Bem como, um funcionário da Central de Regulação do município de Cruz das Almas e Clínicas particulares, que informou dados quantitativos, atendimento, acompanhamento e direitos das mulheres detectadas com câncer. Tinha como intuito coletar dados na Secretaria de Saúde do município, mas infelizmente não obtive sucesso. Mesmo levando o ofício a Secretária de Saúde informou que seria necessária uma declaração do comitê de Ética da UFRB, especificamente do Curso Tecnológico de Gestão Pública para ter acesso aos dados.

A Cartilha será destinada às mulheres em idade fértil da cidade de Cruz das Almas. Conforme Brasil (2004), “as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos.” O propósito é de uma possível distribuição no mês dedicado às mulheres – o Outubro Rosa – em Unidades Básicas de Saúde, Clínicas, Hospitais e Escolas.

A Cartilha tem início com uma breve apresentação que a descreve, seus objetivos e a quem se destinam. Posteriormente, apresenta-se uma introdução sobre o que é o câncer em especial o câncer feminino (mama, color de útero, ovário...) enfatizando dados a cerca da estatística no país e na região. Seguindo depois de informações de como identificar a doença, a importância da detecção precoce, como evitar e os tipos de tratamentos. Depois de explanado essas abordagens, a cartilha apresenta ao leitor onde procurar o atendimento pelo Sistema Único de Saúde e as clínicas particulares disponíveis no município de Cruz das Almas.

### 3.1 ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

A cartilha é uma compilação simples que prescreverá um padrão de comportamento por meio de ilustrações, levando informações de forma clara e objetiva ao seu público alvo.

As imagens usadas na cartilha foram confeccionadas por um profissional gráfico e um fotógrafo, sendo essas imagens autorizadas pela colaboradora (autorização em anexo). Também foram usadas imagens da internet indicando sua fonte.

Para criação e formatação da cartilha foi utilizado o programa Microsoft Publisher 2013 e Corel Draw.

**Nome do produto:** CARTILHA SAÚDE DA MULHER: atendimento e acompanhamento do câncer feminino em Cruz das Almas.

- Impressão: frente e verso.
- 22 páginas.
- Tamanho da página: A5 (15 x 21 cm)
- Esquema de cores 4x4
- Papel: Couchê 170g para capa e couchê 115g para o miolo.
- Acabamento: grampo canoa.
- Fonte: Arial

### 3.2. ORÇAMENTO

Para a confecção da cartilha foi feito uma pesquisa de preço, e o produto ficou com um custo final da seguinte forma:

• Gráfica (impressão e diagramação)	R\$ 17,50 (valor unitário)
• Criação de Arte	R\$ 30,00

## 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### MULHER, DIREITO E SAÚDE.

De acordo com Fonseca (1999) a compreensão da mulher e suas especificidades demanda exploração extensa nos estudos feministas, suas as relações de poder, desde sua atuação na formação das sociedades, como na divisão sexual do trabalho. Explicando assim, a naturalização das atividades domésticas e além de gerar, o cuidado com as crianças como inclusão ao mundo feminino, bem como, de outro lado a inserção social dos homens no espaço público.

A consolidação da família na modernidade ocorreu primeiro na burguesia e depois, através da disseminação das suas ideias e valores, nas demais classes sociais. De igual maneira foi construída a função social das mulheres e o que se esperava delas: (boas mães, passaram a dedicar-se inteiramente aos filhos; (fiéis e dedicadas) esposas, responsabilizaram-se pelo cuidado e manutenção da força de trabalho dos maridos e, esquecidas de si mesmas, incorporaram tais funções como naturais e exclusivas, mesmo quando a necessidade de subsistência as resgatou parcialmente dos lares para as fábricas e demais espaços de produção social. Nesse momento construíram-se (boas) trabalhadoras/ profissionais sem abrir mão das funções anteriores, objetivando sempre compatibilizá-las, como se só a elas coubesse a superação das dificuldades e contradições inerentes ao desempenho dessa multiplicidade de papéis (BADINTER, 1994 apud FONSECA, 1999, p. 5).

As políticas públicas no Brasil tiveram início na década de 1930, com a criação das primeiras leis de proteção ao trabalhador e as primeiras instituições de previdência social. Para Schwartzman (2004), a Constituição de 1988 aplicou um amplo conjunto de direitos sociais na área da educação, saúde, proteção ao trabalhador, alimentação, assistência, habitação, saneamento e transporte. A ampliação do acesso da sociedade aos bens e serviços social públicos, e a novos direitos mostrou uma maior participação do Estado através das políticas públicas.

De acordo com Cavalcanti (2012, p.34), as políticas públicas podem ser conceituadas como “um curso de inação ou ação, escolhido por autoridades públicas para focalizar um problema que é expresso no corpo das leis, regulamentos, decisões e ações do governo”. Isto remete a ideia de que as políticas públicas estão voltadas à intervenção do Estado em se envolver com os problemas que afetam a sociedade. Entretanto, elas não são mágicas que resolverão todos os problemas sociais de modo instantâneo já que possuem suas restrições, mas, se deve utilizar essa justificativa para a ausência de ação.

No que diz respeito às mulheres e as políticas públicas, para Moser (1995) as demandas das mulheres tem associação aos três tipos de papéis relativos aos diferentes trabalhos que elas realizam na sociedade: trabalho produtivo, trabalho reprodutivo e gestão e política comunitária. Conforme Fonseca (1999, p.10) “a compreensão dos tipos de trabalhos desempenhados vem subsidiar a compreensão da formulação das políticas de gênero, diretamente relacionadas com as necessidades das mulheres que quando vistos sob o prisma das desigualdades convertem-se em necessidades de gênero”.

A prioridade das necessidades da mulher e a concepção das políticas públicas são variadas, Moser (1995) enfatiza: a igualdade, o bem-estar, combate pobreza, eficácia, e o fortalecimento. O enfoque maior é o empoderamento, que satisfaz aos desejos dos atualizados dos movimentos emancipatórios das mulheres. Assim, contribui para o auxílio das mulheres frente aos desafios dos arcabouços e das circunstâncias de opressão de modo simultâneo em diferentes esferas (FONSECA, 1999).

A articulação de empoderamento, mais comum, segundo Fonseca (1999, p.11):

“tem sido feita pelo Projeto DAWN (Alternativas de Desenvolvimento com Mulheres por uma Nova Era) que surgiu de uma confluência de mulheres e grupos de mulheres estabelecidas antes da Conferência Mundial de Mulheres em Nairobi (1985), com o propósito de analisar a situação das mulheres no mundo e formular uma visão de sociedade alternativa”.

As políticas públicas de saúde no Brasil desde o século XX têm sofrido mudanças relevantes, saiu da condição de simples assistência médica ao direito à saúde e concomitantemente está envolvido em diversos conflitos e interesses que participa da edificação do setor.

Assim, no que cerne o Direito à saúde das mulheres pautada no direito humano, de acordo Fonseca, (1998, p. 20): “a Declaração dos Direitos Humanos traz explícito o direito à saúde como forma de alcançar melhor padrão de vida, situando-o, portanto como instrumento de acesso à cidadania”.

De acordo com Laframboise (1973) a concretização da saúde compreende alguns fatores, como: estilo de vida, questões ambientais, biológica e disponibilidade de atenção à saúde. O autor quis dizer que de modo conceitual, a saúde compreende o bem-estar físico, social e mental, além, da ausência da patologia. Assim, o direito à saúde se desdobra dentro

da medicina, como: saúde sexual, clínica, psiquiátrica, reprodutiva, preventiva, esportiva e oncológica.

## **SAÚDE DA MULHER NO BRASIL**

A saúde da mulher no enquanto o crescimento profissional demanda uma atenção característica que está muito aquém da especificidade de uma abordagem mais ampla, que compreende um foco na prevenção de doenças e ascensão da saúde global da mulher.

Segundo Santos (2005, p. 1), durante o século XX as políticas públicas de saúde no Brasil sofreram profundas alterações, passando de simples assistência médica a direito à saúde ao mesmo tempo em que passou por inúmeros conflitos e interesses, que sempre estiveram presentes na construção do setor. A trajetória dessas políticas, desde o sanitarismo campanhista, do início do século até 1965, passando pelo modelo médico assistencial privatista, até chegar, no final nos anos 1980, ao modelo atual, revela a determinação econômica e a concepção de saúde com a qual cada período operou socialmente.

A caminhada dessas políticas tem início em 1965 como o sanitarismo campanhista, perpassa pelo paradigma médico assistencial privatista no fim dos anos 1980, e na conjectura atual que compreende a resolução econômica e a compreensão da saúde associada a cada época em que se deu socialmente. A implementação de inovações de políticas públicas de saúde direcionadas às mulheres no Brasil, necessita de grande mobilização dos mais variados agentes públicos e sociais, nesse sentido, a política de assistência à saúde da mulher vem sendo continuamente (SANTOS, 2005).

Em 1963, teve início a municipalização dos serviços de saúde, por meio da II Conferência Nacional de Saúde, com a proposta de reformar o sistema de saúde, que foi ampliando e ganhando forças sociais, dando continuidade a Reforma Sanitária nas décadas consequentes, colaborando para a constituição de uma consciência sanitária no país (SILVA, 1996).

Em 1970 no Brasil foram notórias as questões de gênero, na ocasião de constituição da agenda de reforma das políticas sociais devido à presença significativa de mulheres nos movimentos sociais urbanos. Constantemente, as críticas desconheciam que os atores fundamentais dos movimentos populares eram atrizes. Historicamente os movimentos foram da composição das mulheres como novo indivíduo coletivo, saindo do campo privado que

eram limitadas passando a agir no ambiente público, apresentando ao domínio público assuntos que retalham o espaço privado, com é o caso com a saúde (COSTA, 2005).

Dos anos 1970 para 1980, no que se referem às políticas públicas, os movimentos sociais de mulheres coincidiram sua abordagem e as demandas que incluem a expansão da cidadania social e política, envolvimento e acessibilidade aos bens e serviços públicos, em especial, os de saúde. A discriminação que compreende os temas associado de modo direto mulheres compreende uma apreciação da ação do Estado e à constituição de propostas de políticas públicas novas que foquem a mulher (SANTOS, 2005).

Em 1975, com o descontentamento popular e a organização dos movimentos de profissionais de saúde e trabalhadores versus a crise do sistema e as condições precárias de saúde da população fez emergir a Lei 6.229, que tornou institucional o modelo médico-assistencial privatista desmembrando as ações de saúde pública das de atenção à saúde. E no ano de 1977, foi fundado o Sistema Nacional da Previdência Social e, o INAMPS (MENDES, 1999).

Assim nos anos 1980 foram se expandindo em ideias e práticas que resultou na Proposta da Reforma Sanitária, tendo destaque para a constituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) no ano de 1983, que recomendavam a associação e a descentralização dos serviços, com o crescimento da cobertura de assistência, sendo redirecionados os recursos para estados e municípios. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, tinha como finalidade colaborar para a concretização e ampliação qualitativa dos AIS, que cresciam no quesito descentralização. Logo, conforme existia a proposta de “estadualização” do INAMPS, para unificar suas gerências regionais às Secretarias Estaduais de Saúde, permitindo condições utilitárias para que a política de saúde fosse uma direção única de esfera estadual, além da “municipalização” dos serviços básicos de saúde (SILVA, 1996).

As ações e serviços de saúde subsidiados pelo Poder Público integraram o sistema único, tornando regional, organizado e hierarquizado de acordo normatizações basilares como: o atendimento universal e integral, priorizando as ações preventivas, sem perda dos serviços de assistência; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; participação e controle da sociedade, por meio dos Conselhos de Saúde e de Conferências, com representação governamental, dos profissionais do setor de saúde, seus usuários e



prestadores de serviços (BRASIL, 2007). Em 1996, com a concepção do INPS, foi o período de consolidação do modelo médico-assistencial de modo institucional.

O Ministério da Saúde, através da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM preconizava assistência integral para que todo contato que a mulher tivesse com os serviços de saúde fosse utilizado em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde. A assistência clínica ginecológica passou a compreender o conjunto de ações e procedimentos voltados à identificação, diagnóstico e tratamento imediato de patologia, através da anamnese e da avaliação clínica, dirigidas para a descoberta das patologias, principalmente do aparelho reprodutivo, como o câncer-uterino e mama (BRASIL,1995).

No que se refere à responsabilidade do Sistema Único de Saúde esse é oferecido pelo PAISM como uma política especial de atenção a população feminina, sendo seus princípios e diretrizes seguidos por diversos municípios, entretanto a grande parte destes não oferece os serviços segundo as diretrizes determinada pelo programa. O PAISM tem como proposta de empregos de saúde oportunizando as mulheres assistência de todas suas demandas em saúde, dentro de todas as etapas de sua vida e correspondendo com as particularidades exibidas em cada fase. Esse programa deve garantir boa e adequada qualidade do atendimento além de fornecer o acompanhamento de atividades educativas que possibilitam às mulheres conhecer sobre seu próprio corpo, prevenindo-as sobre os problemas de saúdes mais recorrentes, bem como, ter melhor qualidade de vida (SANTOS, 2005).

## **PAISM**

O Ministério da Saúde criou em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, voltado à saúde das mulheres norteadando a integralidade da política evidenciando a autonomia destas quanto às demandas reprodutivas. Em 21 de junho de 1983, o PAISM foi apresentado pelo Ministro da Saúde que estava a pesquisar sobre o crescimento da população. E em 04 de janeiro de 1986, através da Portaria 3.360/86, o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social estabeleceu o PAISM como referência a atenção às mulheres promovendo táticas de sua implantação, como resultado do trabalho planejado desta com o Ministério da Saúde através das Ações Integradas de Saúde (AIS) (COSTA, 1999).

A Constituição Federal de 1988 determina ao Sistema Único de Saúde (SUS) o planejamento familiar e estabelece como de acordo a vontade das pessoas, e compreende um conjunto de princípios e diretrizes que abrange diversas fases, ciclos de vida e circunstâncias de saúde das mulheres de modo programado, incluem também as questões referente a reprodução. Quanto ao planejamento familiar, garante a livre escolha e recomenda que a pessoas não seja submetidos aos riscos a saúde associado a procriação e a anticoncepção, assegurando o direito a toda sociedade à escolha dos modos de reprodução que lhes forem conveniente seja como indivíduos ou casais (BRASIL, 1984).

O PAISM determina que o planejamento familiar envolva ações para o controle da gravidez bem como aos casos que abarquem a infertilidade, com a finalidade de assegurar autonomia de escolha quanto aos métodos e do controle da fertilidade. Assim, se sustentam com práticas de educação em saúde e sexualidade, compreendidas como alternativas para difundir as informações e permitir a criticidade das mulheres para escolha dos métodos. O programa sugere que se proporcionem as diversas tecnologias acessíveis a anticoncepção como também a precaução quanto ao planejamento familiar desenvolvido no que se refere a atenção à saúde, de acordo as diretrizes do princípio da integralidade da saúde (COSTA, 1996).

O poder legislativo apresenta a lei de regulamentação do planejamento familiar trata-se de normas publicadas pelo Ministério da Saúde associada ao parto, pré-natal, violência, dentre outros, e que concebem avanços no modo de operação do PAISM pelo SUS. Porém, não se alcançou objetivo da época quanto as alterações no padrão para redução da fecundidade no Brasil, tem inicio na década de 1970, segue-se pelos anos 1980 até a virada do século vinte, tendo como média de 2,3 filhos por mulher. Acreditando-se que a redução da fecundidade é decorrência da utilização de contraceptivos de elevada efetividade para controlar a procriação, por meio do uso das pílulas e da cirurgia de esterilização, que são os métodos mais usados. Esses dados mostram que o PAISM não foi tão efetivo para qualidade da vida reprodutiva das mulheres no Brasil (COSTA, 2009).

O Ministério da Saúde ao lançar o Plano Nacional de Saúde (PNS), como Pacto pela Saúde do Brasil, por meio da Portaria 2.607, de 10 de dezembro de 2004, teve como finalidade atender as deliberações da 12ª CNS que aconteceu em dezembro de 2003 e o Plano Plurianual – PPA que fez desta portaria um instrumento de base primordial para ação nos âmbito de direção do SUS, para colaborar com redução das desigualdades em saúde, através

de pactos de metas estratégicas para aperfeiçoar as qualidades de saúde populacional e para a resolução do SUS (CEAP, 2009). Esse plano envolve iniciativas do Ministério da Saúde prioritárias a saúde da mulher determinando como metas:

Reduzir em 15% os índices de mortalidade materna;  
Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados;  
Reduzir em 15% a taxa nacional de cesariana no SUS;  
Aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios pólos de microrregiões;  
Aumentar em 15% a cobertura do exame Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos de idade);  
Aumentar em 25% a realização de cirurgias para reconstrução mamária;  
Reduzir em 15% o número de complicações de aborto no âmbito do SUS;  
Implantar comitês de morte materna em 100% dos municípios com população superior a 50 mil habitantes;  
Reduzir em 6% a incidência de aids em mulheres;  
Alcançar 100% de cobertura com a vacina dupla adulto em mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, nas regiões Norte, Nordeste, norte de Minas Gerais e no estado de Goiás, correspondendo a 2.288 municípios, com vistas à proteção da mãe e do concepto contra o tétano acidental e neonatal;  
Implantar/implementar cinco centros de referência para atendimento à fertilização de casais sorodiferentes para o HIV;  
Garantir a pelo menos 60% das gestantes integrantes das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família o acompanhamento segundo a agenda de compromissos do setor saúde (vigilância alimentar e nutricional, vacinação e pré-natal) (COSTA, 2009, p.1081).

Mudanças foram marcadas a partir dos anos 1970, nas linhas da assistência que eram direcionadas aos direitos reprodutivos, através do processo participativo dos movimentos femininos articulado assinalou-se à constituição de políticas para a saúde das mulheres no Brasil por meio do debate a cerca do assunto em todos os ambientes de dialogo entre a sociedade civil e o governo, reconfigurando este debate e fortalecendo as demandas das mulheres (COSTA, 2009).

No Brasil, tem destaque como as causas mais comuns de óbito da população feminina, doenças cardiovasculares, como: acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio; os cânceres, em especial o câncer de útero, mama e de pulmão; as patologias associada ao aparelho respiratório, principalmente as pneumonias; além das doenças nutricionais, endócrinas e metabólicas, com ênfase pra o diabetes (BRASIL, 2004).

Laurenti (2002) ao desenvolver um estudo nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, avaliando as mortes de mulheres em idade fértil, 10 a 49 anos, em ordem decrescente, das dez primeiras origens de óbito encontradas foram, respectivamente: acidente

vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero.

No mundo, o câncer de mama encontra-se entre as primeiras causas de óbito por câncer em mulheres. Até o momento, não há medidas de prevenção primária para a doença. Porém, estudos advertem que é possível minimizar o risco de câncer de mama com mudanças de hábitos: a redução do tabagismo, do consumo de álcool, do sedentarismo e da obesidade (INCA, 2015).

O câncer de mama é diagnosticado tardiamente em cerca de 60% dos casos. Mudar essa situação é um desafio necessário, pois a detecção precoce aumenta significativamente a perspectiva e a qualidade de vida das mulheres posteriormente ao diagnóstico da doença. O câncer de colo, diferentemente do câncer de mama, pode ser prevenido com medidas de fácil execução e de baixo custo. Segundo o INCA, no SUS, a rede de coleta de exames citopatológico cérvico vaginal era formada por 6.908 unidades.

Em 1998, não possuía unidade de cirurgia de alta frequência, porém em 2002, já estava em funcionamento 308 unidades, 166 hospitais tratavam o câncer. Além de ofertar os exames preventivos na rede básica, importante que haja a mobilização das mulheres que são mais vulneráveis para irem aos postos de saúde e participar dos sistemas de referência para qual necessidade possa ser encaminhada.

Nesse contexto, observa-se que no Brasil, os maiores índices de mulheres que fazem o exame Papanicolaou possuem idade de 35 anos de idade, a partir dessa idade, em que a temeridade eleva-se para a patologia. A prevenção do câncer ginecológico, bem como seu diagnóstico precoce e o tratamento, demandam a implantação de medidas articuladas de como sensibilizar e mobilizar a população feminina; investimento em recursos humanos e tecnológico, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação.

## **CÂNCER**

O câncer é considerado uma doença celular crônica que ocorre quando as células se multiplicam de forma desnecessária e desordenada. É a segunda doença que mais mata no

Brasil, perdendo somente para as doenças cardiovasculares. A indução do câncer passa por três fases: iniciação, promoção e progressão (BRASIL, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o câncer é um problema de saúde pública, principalmente entre os países em desenvolvimento, onde se estima que, nos próximos anos, o impacto do câncer compreende 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados até 2025. Em 2012, A estimativa mundial analisada pelo projeto Globocan/Iarc é um dos 14 milhões de casos novos aperfeiçoados, além de 60% acontecerem nos países em desenvolvimento.

A taxa de mortalidade prevê 8 milhões de óbitos no mundo, sendo os tipos de câncer mais comum: de pulmão, mama, intestino e próstata, respectivamente, (1,8 milhão, 1,7 milhão, 1,4 milhão e 1,1 milhão). A maior incidência destes, em mulheres, foram o de mama, intestino, pulmão, colo do útero e estômago, com taxas respectivas de 25,2%; 9,2%; 8,7%; 7,9% e 4,8% (INCA,2017).

O INCA (2017) estima para o biênio de 2018-2019, no Brasil, a incidência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano, de acordo MATHERS et al., a estimativa global corrigida para o sub-registro, calcula o episódio de 640 mil novos caso. São estimativas que mostra o perfil do país com mais incidências dos cânceres de pulmão, próstata, cólon, mama feminino e reto, e ainda elevado taxas dos cânceres do esôfago, colo do útero e estômago.

As doenças crônico-degenerativas estão entre as principais causas de óbitos na população feminina, resultado das modificações de hábitos e o stress oriundo do modo de vida do mundo contemporâneo. Acredita-se que fatores, como: o sedentarismo, a alimentação, o tabagismo, excessos de preocupações, a competitividade, o trabalho abundante associado ao assédio moral e sexual, destaque significativo para a mudança na representação epidemiológica das mulheres, e conseqüentemente tem contribuído para o aumento expressivo no número total de câncer e morte por essa doença. (BRASIL, 2004).

Entre as mulheres os cânceres de mama e útero tem maior destaque de acordo o INCA (2017), o câncer de mama é mundialmente e no Brasil o câncer mais recorrente ao público feminino, depois do câncer de pele (não melanoma), corresponde por aproximadamente 25% dos novos episódios em cada ano.

## **Câncer da mama**

A neoplasia mamária apresenta na população feminina maior incidência, bem como maior taxa de óbito no mundo. A expectativa para 2012 foi de 1,67 milhões de novos episódios, cerca de 25% referente aos tipos de câncer detectado em mulheres. Os lugares onde incidência é mais elevada é na Europa Ocidental e menor na Ásia Oriental. Cerca de 43% das novas ocorrências incidiram na Europa e na América do Norte. Aproximadamente em 2012, houve 500 mil mortes por câncer de mama na população feminina mundial.

## **Câncer de cólon e reto**

O câncer de cólon e reto é uma patologia que pode ser gerada devido a muitos fatores, tais como: ambiental, genético e aqueles associados ao modo de vida (BOYLE; LEON, 2002). A neoplasia de cólon e reto apresenta grande importância epidemiológica em escala mundial, trata-se do terceiro tipo de câncer maligno mais frequentemente detectado e o quarto principal motivo de óbito por câncer, em 2012 representou aproximadamente 700 mil mortes e 1,4 milhão de novas ocorrências. Quando comparado ao desenvolvimento do país, observa-se que os índices são maiores em países mais desenvolvidos (FERLAY et al., 2013).

Para cada ano do biênio 2018-2019 no Brasil, calcula-se 18.980 em mulheres novos episódio de neoplasia de cólon e reto e 17.380 em homens. É considerado o câncer mais frequente entre as mulheres em segundo lugar e os homens terceiro. Sendo que os casos para mulheres por região, mais comum no Sudeste e Sul do país, o terceiro mais frequente nas Regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte, ocupando o terceiro lugar com respectivos índices de incidência, 23,86%; 22,92%; 17,98%; 9,52%; 4,38%.

## **Câncer do pulmão**

O Tabagismo é a causa principal da incidência do câncer pulmonar, responsável mundialmente por cerca de 6 milhões de mortes todo os anos, e no Brasil por 147 mil óbitos abrangendo o câncer. Estimou-se em 2012, a ocorrência de 1,8 milhões novos episódios de neoplasia pulmonar, cerca de 12,9% de todo novos casos de câncer, e 1,6 milhões de morte

(19,4%). Existe uma padronização para os episódios desse tipo de câncer, em geral em lugares que o consumo tabaco é maior, maior é a incidência desta patologia (INCA, 2017).

### **Câncer do colo do útero**

A neoplasia do colo do útero é um relevante problema de saúde pública. Em 2012, foi estimado no mundo, o evento de 527 mil novas ocorrências em mulheres, sendo essa patologia o quarto tipo de câncer de maior ocorrência. Aproximadamente 70% dos casos de neoplasia do colo do útero acontecem em países menos desenvolvidos. A taxa de ocorrência do câncer do colo do útero tem reduzido na maioria das regiões de trajetória socioeconômica, resultado das adesões de programas de prevenção. É comum essa patologia incidir nas mulheres a partir dos 30 anos e tem seu risco aumentado potencialmente até alcançar idade superior a 50 anos (INCA, 2017).

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o fator de risco principal para a incidência da neoplasia do colo do útero. As Infecções constantes por HPV desenvolvem alterações intraepiteliais contínua que evoluem para lesões intraepiteliais antecessoras ao câncer do colo do útero, que se não detectadas e cuidadas em momentos oportunos, desenvolvem-se para a neoplasia do colo do útero. O HPV ocorre por meio de relação sexual é comum a homens e mulheres com vida sexual ativa, no mundo, cerca 291 milhões de mulheres foi infectada por HPV em algum momento da vida, em torno de 10,4% das mulheres do mundo. Porém, mais de 90% dos casos de HPV tendem a regredir de forma espontânea de seis a 18 meses. Os HPV16 e o HPV18 são as infecções mais recorrente, apesar de existirem cerca de 13 tipos de HPV (INCA, 2017).

Em 2012 esse câncer levou a óbito mais 265 mil mulheres, onde 87% dessas mortes aconteceram em regiões em desenvolvimento. No Brasil, no ano de 2013, o câncer de colo de útero matou 5.430 mulheres. Ao longo do tempo a sobrevida em cinco anos para essa neoplasia apresentou evolução em todo mundo, de 50% para mais de 70%, e no Brasil, entre 2005 a 2009, a sobrevida chegou a 61% (INCA, 2015).

### **Câncer da glândula tireoide**

Trata-se de um câncer de baixa incidência, e o mais frequente do sistema endócrino ocupando a oitava colocação no ranking mundial das neoplasias que arremetem as mulheres. Não é comum na maioria das populações, corresponde cerca de 2% a 5% dos cânceres femininos. Para todo o mundo, calculou-se em 2012, 298 mil de episódios novos. Ocorre com mais frequências nas regiões da América Central, Ilhas do Pacífico e Japão. Calculou-se 8.040 novos episódio de neoplasia de câncer de tireoide no Brasil para o sexo feminino, e, para cada ano do biênio 2018-2019, para cada 100 mil mulheres 7,57 incidência (INCA, 2017).

### **Câncer do corpo do útero**

As neoplasias malignas do corpo do útero ocupa o sexto lugar de incidência no mundo, estimou-se para o ano de 2012, cerca de 320 mil novos episódios, observa-se que aproximadamente 70% dos casos aconteceram em países com elevado IDH. Apresentando maiores diagnósticos nas regiões da América do Norte e parte da Europa e taxas reduzidas na África e Ásia. Quanto ao índice de óbitos estimou-se 76 mil (2%) mortes. A incidência de mortes associada ao corpo do útero é consideravelmente mais reduzida. A neoplasia de corpo do útero possui uma boa sobrevida, em geral, em cinco anos cerca de 80% (INCA, 2017).

Os fatores de riscos associados a esta patologia são: a obesidade, idade precoce na menarca (período associado ao início da menstruação), idade tardia da menopausa (momento que sessa a menstruação), diabetes melitus, reposição hormonal e a idade. Os casos mais comuns abrangem as mulheres com idade superior aos 50 anos, somente 15% compreende episódio diagnosticados em mulheres com a idade inferior aos 50 anos; e, apenas 5% menor de 40 anos (INCA, 2017).

### **Câncer do ovário**

Aproximadamente 30% das neoplasias ginecológica são caracterizadas pelo câncer do ovário. Comumente nas regiões mais desenvolvidas, possui frequência similar ao câncer de corpo do útero (35%) e o do colo do útero (27%). Os casos tem variação de menor, na Ásia e África com dois episódio novo para 100 mil mulheres e 15 novas ocorrência para cada 100 mil, no Norte e no Leste Europeu. (INCA, 2017).



A estimativa para o Brasil para cada ano do biênio 2018-2019 é de 6.150 novos de episódio de câncer do ovário, um risco considerado para cada 100 mil mulheres de 5,79, assumindo a oitava colocação. Quanto as regiões, a sétima posição nas Regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte e oitava colocação no Sul e Sudeste. Registrou-se em 2012 aumentos do número de mamografias realizadas nos hospitais e clínicas associados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cerca 4,4 milhões de exames através da mamografia, por meio do mamógrafo, que diagnostica a incidência de nódulo na mama (INCA, 2015).

Em 2009, o Brasil possuía 4.143 mamógrafos, sendo 596 pertencentes a rede pública; onde 3.547 na privada e 1.531 em clínicas ou hospitais particulares com atendimento ao SUS, segundo dados da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS, 2009), realizada pelo IBGE. Ministério da Saúde lançou a campanha Outubro Rosa com a finalidade de nortear sobre a relevância da prevenção e diagnóstico precoce da neoplasia de mama (INCA, 2015).

De acordo o MS/INCA (2018) a mortalidade de mulheres com câncer no seio piriforme, mama, colo do útero, útero, ovário, outros órgãos genitais femininos, e neoplasias malignas primárias múltiplas em dez anos aumentou ao longo do tempo. Como pode ser observado na tabela abaixo.

**Tabela1.** Mortalidade proporcional não ajustada pelas topografias selecionadas\*, mulheres, Brasil, entre 2005 e 2015.

Ano	Total óbito	Total óbito p/ câncer	%
2005	424064	19527	4,60
2006	437429	20369	4,66
2007	444714	20803	4,68
2008	457269	21981	4,81
2009	471389	22505	4,77
2010	487137	23184	4,76
2011	504415	23954	4,75
2012	509885	24528	4,81
2013	523195	25321	4,84
2014	532362	25767	4,84
2015	554383	27113	4,89

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM  
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE  
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

De acordo o MS/INCA (2018) a distribuição proporcional do total de mortes para localização primária do câncer (mama, útero, soe, neoplasias malignas primárias múltiplas e ovário) como visto na Tabela 2, evidenciando a localização da mama em primeiro lugar, seguida do ovário e útero, respectivamente.

**Tabela 2.** Distribuição proporcional do total de mortes para mulheres acometidas de câncer de mama, utero, soe, neoplasias malignas primárias múltiplas e ovário segundo localização primária do tumor, mulheres, Brasil, período 2006-2010 e período 2011-2015.

<b>Localização primária</b>	<b>2006-2010</b>	<b>2011-2015</b>
Mama	15,35	15,67
Ovario	3,67	3,6
Utero, soe	2,76	2,36
Neoplasias malignas primárias múltiplas	0,16	0,09

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM  
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE  
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

A Tabela 3 apresenta dados da mortalidade das cinco localizações primárias mais frequentes segundo o MS/INCA (2018) de 2005 a 2010 o câncer de mama está em primeiro lugar de mortalidade da mulher, no município de Cruz das Almas, exceto em 2005, que estão a frente respectivamente o câncer de estômago, esôfago e colo de útero. Em 2009 os maiores índices foram para o câncer de mama, útero e esôfago, respectivamente.

**Tabela 3.** Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2010, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 mulheres, Cruz das Almas - BA, entre 2005 e 2010.

<b>Ano</b>	<b>MAMA</b>	<b>ESOFAGO</b>	<b>VESICULA BILIAR</b>	<b>COLO DO UTERO</b>	<b>ESTOMAGO</b>
2005	0,00	2,73	0,00	1,90	3,99
2006	11,40	4,14	0,00	7,47	0,00
2007	3,17	0,00	0,00	2,59	0,00
2008	12,04	0,00	0,00	0,00	4,44
2009	11,37	2,66	0,00	9,75	0,00
2010	4,34	2,86	2,53	1,43	3,91

A Tabela 4 apresenta dados da mortalidade segundo a localização primárias do tumor em mulheres na Bahia, no período de 2006-2010 de acordo ao MS/INCA (2018) segue maiores índices respectivamente de câncer de mama, colo do útero, útero soe.

**Tabela 4.** Distribuição proporcional do total de mortes, segundo localização primária do tumor (mama, ovário, útero soe e colo do útero), mulheres, Bahia, período 2006-2010 e período 2011-2015.

Localização primária	2006-2010	2011-2015
MAMA	14,76	15,84
COLO DO UTERO	7,9	7,42
OVARIO	3,75	3,58
UTERO, SOE	3,44	3

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM  
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE  
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

A Tabela 5 apresenta dados da taxa bruta de câncer de mama, colo do útero, útero soe e ovário, nos municípios da regional de saúde Cruz das Almas, entre 2005 e 2015. E de acordo ao MS/INCA (2018) o município de Cruz das Almas está na quarta colocação, ganhando para os municípios de Maragogipe, Sapeaçu e Conceição de Feira, respectivamente.

**Tabela 5.** Taxas brutas de mortalidade de câncer mama, colo do útero, útero soe e ovário, por 100.000 mulheres, pelos municípios da regional de saúde Cruz das Almas do estado da Bahia, entre 2005 e 2015.

Municípios	Taxa bruta
Cabaceiras do Paraguaçu	19,72
Cachoeira	19,11
Conceição da Feira	20,46
Cruz das Almas	20,05
Governador Mangabeira	14,45
Maragogipe	24,00
Muritiba	19,69
Sapeaçu	23,96
São Félix	18,09

## **LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012.**

A lei 12.732/12 apresenta sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada com prazo para seu início. Essa lei garante ao paciente com neoplasia maligna o tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em seu parágrafo único dispõe da necessidade de padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, devendo ser revista e republicada, e atualizada sempre que for necessário, adequando ao conhecimento científico e à disposição de novos tratamentos comprovados (BRASIL, 2012).

Ainda o Art. 2º desta lei, determina que:

O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

O Art. 3º da lei 12.732/12 determina que o não cumprimento desta Lei sujeita os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas. E o Art. 4º estabelece que os Estados que exibirem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para mitigar essa situação.

No Brasil (2012) com a finalidade de tornar mais ágil o acompanhamento dos serviços oncológicos, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Informação do Câncer (Siscan). Trata-se de um software, que está disponível gratuitamente nas secretarias de saúde, possibilitando o monitoramento do atendimento oncológico na rede pública por meio da inserção e processamento de dados, gerido pelo Ministério da Saúde. O sistema funciona em plataforma web e já tem a adesão dos 27 estados brasileiros, dos quais 17 já começaram a inserir os dados no sistema. O prazo para substituição dos demais sistemas pelo Siscan termina em janeiro de 2014. A cobertura das informações também se estenderá a todos os tipos de câncer. Até o

momento, o sistema já recebeu mais de 104,3 mil requisições de exames, sendo 39,6 mil referentes a mamografias.

Conhecida como a Lei dos 60 dias, a Lei 12.732/12, foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff, assegurando aos pacientes com câncer no início do tratamento em até 60 dias após a inclusão da doença em seu prontuário, no SUS, tenha atendimento gratuito. O prazo radioterapia, conforme prescrição médica.

### **LEI Nº 11.664, DE 29 DE ABRIL DE 2008.**

A Lei 11.664/08 estabelece que aconteça a concretização de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

No Art. 1º desta lei é assegurado em todo território nacional, as ações de saúde associadas à prevenção, detecção, tratamento e controle dos cânceres do colo uterino e de mama. E Art. 2º determina que o Sistema Único de Saúde – SUS, através dos seus serviços, próprios, conveniados ou contratados, deve garantir:

I – a assistência integral à saúde da mulher, incluindo amplo trabalho informativo e educativo sobre a prevenção, a detecção, o tratamento e controle, ou seguimento pós-tratamento, das doenças a que se refere o art. 1º desta Lei;

II – a realização de exame citopatológico do colo uterino a todas as mulheres que já tenham iniciado sua vida sexual, independentemente da idade;

III – a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 (quarenta) anos de idade;

IV – o encaminhamento a serviços de maior complexidade das mulheres cujos exames citopatológicos ou mamográficos ou cuja observação clínica indicarem a necessidade de complementação diagnóstica, tratamento e seguimento pós-tratamento que não puderem ser realizados na unidade que prestou o atendimento;

V – os subseqüentes exames citopatológicos do colo uterino e mamográficos, segundo a periodicidade que o órgão federal responsável pela efetivação das ações citadas nesta Lei deve instituir.

§ 1º. Os exames citopatológicos do colo uterino e mamográficos poderão ser complementados ou substituídos por outros quando o órgão citado no inciso V do caput deste artigo assim o determinar.

§ 2º. Às mulheres com deficiência serão garantidos as condições e os equipamentos adequados que lhes assegurem o atendimento previsto no **caput** e no § 1º.

§ 3º. Para as mulheres com dificuldade de acesso às ações de saúde previstas no art. 1º desta Lei, em razão de barreiras sociais, geográficas e culturais, serão desenvolvidas estratégias intersetoriais específicas de busca ativa, promovidas especialmente pelas redes de proteção social e de atenção básica à saúde, na forma de regulamento.

Nesse sentido esta lei precede a Lei 8080/90 que determina as condições para o acesso, assistência e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. E apresenta no seu Art. 41 que todas as ações realizadas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia. Assim sendo, entende-se que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Art. 2º).

## **AÇÕES DE CONTROLE**

A Atenção Básica é caracterizada por promover um grupo de ações que compreende promover, prevenir, o diagnosticar, tratar e a reabilitar. São atividades gerenciais e sanitárias práticas, participativas e democráticas, acontece acompanhada por trabalho interdisciplinar e multiprofissional, designada a populações de territórios bem demarcados. Assim, seu objetivo é encontrar soluções para os problemas de saúde mais comuns e relevantes para as populações através da utilização de tecnologias de alta complexidade e menor densidade.

No que concerne ao controle do câncer de mama no Brasil, o seu marco histórico, aconteceu nos anos de 1980, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que estabeleceu o cuidado mais amplo da atenção ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1984). Em 1986, segue-se com o Programa de Oncologia (Pro-Onco), do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde, que foi instituído como arcabouço técnico-administrativo da suprimida Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Em 1990, o programa passou a ser Coordenação de Programas de Controle de Câncer e suas atividades eram orientar e educar a respeito das neoplasias mais incidentes, em especial, o câncer de mama (ABREU, 1997).

Por fim nos anos 1990, foi inserido o Programa Viva Mulher, com ações que determinava as diretrizes e estruturação da rede assistencial para diagnóstico precoce do câncer de mama. Em 2004, o Documento de Consenso, mostrou as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil (INCA, 2004), e em 2005, disseminou a Política Nacional de Atenção Oncológica, que determinava o controle das neoplasias do colo do útero e de mama enfatizando os planos estaduais e municipais de saúde (INCA, 2005). Neste mesmo ano preparou-se o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de

Mama 2005-2007, que estabeleceu seis diretrizes estratégicas: inclusão de cobertura da população-alvo garantia de qualidade, fomento do sistema de informação, realizações de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas.

Em 2006, Pacto pela Saúde, pela relevância do diagnóstico precoce dos cânceres ficou determinado a inserção de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhor desempenho das atividades prioritárias da agenda sanitária nacional (BRASIL, 2006). E em abril de 2009, o INCA realizou o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, apresentado os mais variados nomes do Ministério e das secretarias estaduais de saúde, do movimento de mulheres e de instituições ligadas ao controle da neoplasia, para apresentar aos programas bem-sucedidos da Europa, Canadá e Chile (INCA, 2008), que gera o resumo executivo apresentando indicações para implantação de programa organizado de rastreamento do câncer de mama. O SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama, foi estabelecido em junho de 2009, aumentou a oferta de mamografias através do Ministério da Saúde (Mais Saúde 2008-2011), a publicação de documentos, apresentando os parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama e as recomendações para diminuir a mortalidade do câncer de mama no Brasil (2010-2011), vêm impulsionando a organização das ações de controle (INCA, 2009).

Em 2011, reafirmou-se a prioridade para o controle da neoplasia mamária, com o lançamento do plano nacional de estabelecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, assegurando a confirmação diagnóstico das lesões concretas e das identificadas no rastreamento; estabelecer a gestão da qualidade da mamografia; abranger a oferta de mamografia de rastreamento na população alvo; promover a comunicação e mobilização social; bem como fortalecer a gestão do programa.

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) atualizou a política de atenção oncológica em maio do ano de 2013, estabelecendo também o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma web que soma os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA). E para fomentar a atenção secundária, nos anos de 2014 publicou-se a Portaria nº189, que incentivou por meio de recursos financeiros de custeio e de investimento o estabelecimento de Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM), estabelecendo critérios para capacitação das unidades, além do mínimo de exames necessários para o diagnóstico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) determina a necessidade de atividade que aconteça um controle efetivo do câncer, é essencial que se tenha uma atenção integral ao pacientes em todas as esferas, como: prevenção, diagnóstico, tratamento e os paliativos, sejam para o câncer do colo do útero ou da mama, onde o diagnóstico em fase inicial possibilita um tratamento mais eficaz da doença, justificando a importância de ações para a detecção precoce.

### **Câncer do colo do útero**

O câncer do colo do útero é uma patologia de crescimento lento e silencioso, há uma fase pré-clínica, assintomática, com alterações intra-epitelial progressiva relevante, onde o diagnóstico de possíveis danos antecessoras pode acontecer periodicamente com exame preventivo do colo do útero. Antes de alcançar o estágio invasor, a doença progride lentamente, por anos, tornando a cura mais difícil, até impossível. Nessa etapa os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor.

Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer do colo do útero são:

- Infecção pelo Papiloma Vírus Humana – HPV - sendo esse o principal fator de risco;
- Início precoce da atividade sexual;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados;
- Baixa condição socioeconômica;
- Imunossupressão;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;
- Higiene íntima inadequada

O controle da doença é fomentado por meio da adoção de hábitos saudáveis à mulher, ou seja, acesso aos fatores de proteção. Como alternativas de prevenção de várias patologias, bem como, a neoplasia:

Uma alimentação saudável pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40%. Comer mais frutas, legumes, verduras, cereais e menos alimentos gordurosos, salgados e enlatados. A dieta deveria conter diariamente, pelo menos, cinco porções de frutas, verduras e legumes.

Dar preferência às gorduras de origem vegetal como o azeite extra virgem, óleo de soja e de girassol, entre outros, lembrando sempre que não devem ser expostas a altas temperaturas.

Evitar gorduras de origem animal - leite e derivados, carne de porco, carne vermelha, pele de frango, entre outros e algumas gorduras vegetais como margarinas e gordura vegetal hidrogenada.



Atividade física regular, qualquer atividade que movimente seu corpo;  
Evitar ou limitar a ingestão de bebidas alcoólicas;  
Parar de fumar, uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, o tabagismo representa um problema de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento, como o Brasil.  
Detecção Precoce/Rastreamento No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero; exame de Papanicolaou; citologia oncológica; PapTest.

Como medida de saúde pública pra prevenção secundária do câncer do colo do útero há os programas de rastreamento (*screening*) que se fundamentam na teoria de que os casos de carcinoma invasivo são antecidos por diversas lesões, as neoplasias intra-epiteliais cervicais, que podem ser detectadas e tratadas. Trata-se da detecção de indivíduos que têm a doença assintomática, o êxito deste programa é a detecção precoce e a cura da mulher com o diagnóstico de câncer ou de alguma lesão precursora, algumas etapas são essenciais. Como:

Inicialmente, é preciso fazer com que as mulheres, especialmente as com situação de maior risco, realizem periodicamente o seu exame citopatológico (Papanicolaou) – mobilização das mulheres. Essa fase, fora da unidade de saúde, inclui a garantia de um tratamento, caso seja necessário. Cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não buscam o resultado, e aquelas que possuem o resultado alterado precisam ser alvo de busca ativa se não vierem pegar o seu resultado ou se faltarem a alguma consulta agendada. A próxima etapa desse processo é o acolhimento adequado na unidade de saúde e a garantia de um exame ginecológico completo, com a coleta de um exame citopatológico (Papanicolaou) e o exame clínico das mamas. O passo seguinte para a prevenção do câncer do colo do útero é o processamento do exame no laboratório, seguido pela etapa do tratamento. Para que um programa de detecção precoce do câncer do colo do útero dê certo, é fundamental que seja garantido o tratamento de 100% das mulheres que tiveram o resultado alterado no exame citopatológico. A última etapa a ser cumprida é a avaliação do programa, onde poderá se definir os acertos e os erros das estratégias, para estabelecimento de novos rumos. Como exemplo de indicadores importantes, temos o percentual de mulheres submetidas ao rastreamento citopatológico, ou seja, a taxa de cobertura. A maior eficiência dos programas de detecção precoce do câncer do colo do útero está associada a taxas de cobertura maiores que 80%. Estima-se que esta cobertura esteja associada a uma diminuição da mortalidade por esta doença em torno de 50% (INCA, 2002, p.29).

A efetividade da detecção precoce juntamente ao tratamento em suas fases iniciais tem consequência positiva para a redução das taxas de incidência de câncer invasor, chegando a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento tem uma boa cobertura (80%) e desenvolvido dentro dos padrões de qualidade, alteram de modo efetivo as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.

## **Câncer de mama**

As ferramentas para o diagnóstico precoce da neoplasia mamária são o diagnóstico precoce (onde é feita investida de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o rastreamento (teste ou exame numa população assintomática, que tem como finalidade de determinar lesões indicativas do câncer e, então, dirigirem-se as mulheres com resultados modificados para averiguação diagnóstica e tratamento) (HWO, 2007).

O *down-staging* é uma estratégia de diagnóstico precoce que colabora de modo relevante para a redução do estágio de apresentação do câncer, sua importância é dada pela educação da mulher e dos profissionais de saúde no reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, além do acesso rápido o que facilita os serviços de saúde (HWO, 2007).

O autoexame das mamas iniciou na década de 1950, nos Estados Unidos, como alternativa para diminuir o diagnóstico de tumores de mama para etapa avançada. No final da década de 1990, estudos clínicos despontou que o autoexame das mamas não reduz a mortalidade pelo câncer de mama, o que fez diversos países passar a adotar a estratégia de *breast awareness*, que se fundamenta em está atento à saúde das mamas (THORNTON; PILLARISSETTI, 2008).

Assim, orienta-se que a mulher faça a autopalpação/observação das mamas sempre que estiver confortável, avaliando a descoberta ao acaso de pequenas modificações mamárias. É importante que a mulher encontre explicação médico sempre que sentir alguma mudança suspeita em suas mamas e a compartilhar das ações de detecção precoce do câncer de mama. Para o atendimento, deve-se priorizar a marcação de exames às mulheres sintomáticas, apresentando assim uma estratégia mais efetiva que o autoexame das mamas, onde, a maioria das mulheres com neoplasia mamária identificou o câncer através da palpação aleatória quando comparado ao autoexame.

O rastreamento do câncer de mama pode ser oportunístico, quando o exame de rastreio é realizado para as mulheres que vão às unidades de saúde ou pelo modelo organizado onde as mulheres na faixa etária alvo são formalmente convidadas para os exames periódicos. No Brasil, de acordo a revisão das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, a mamografia é o método indicado para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher trata-se da única apreciação de aplicação em programas de rastreamento e tem

apresentado grande eficiência na diminuição da mortalidade do câncer de mama (INCA, 2008).

Indica-se para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos, a realização da mamografia de rotina através do rastreamento organizado do câncer de mama e fundamento no destaque científico do melhoramento dessa estratégia para diminuição da mortalidade nesse grupo e no favorecimento do balanço entre riscos e benefícios. É desfavorável uso da mamografia para outras faixas etárias e periodicidades (INCA, 2015).

Há diversos fatores de risco associado ao elevado número de câncer de mama, como: familiar de primeiro grau, que apresenta a história familiar de câncer de mama anterior aos 50 anos, ou câncer bilateral, ou de ovário em qualquer idade; diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (INCA, 2004).

Por a origem da doença esta associada a fatores que podem ser modificáveis, a prevenção do câncer de mama não é totalmente presumível, devido a multiplicidade de fatores. No geral, a prevenção tem por base o controle dos fatores de risco e o fomento aos fatores protetores, principalmente o que podem ser modificáveis.

Através da nutrição e atividade física pode-se diminuir o risco da mulher em até 28% em ter câncer de mama. O controle do peso do corpo, através da alimentação saudável e da prática regular de atividades físicas, evitando a obesidade e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, são indicações básicas para prevenção do câncer de mama. Outro fator, que protege da doença é a amamentação, o uso de terapia de reposição hormonal (TRH), deve ser realizada apenas quando for indicada sob severo controle médico e pelo menor tempo indispensável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desta cartilha promoveu a oportunidade de apresentar as mulheres do município dados importantes a cerca da saúde da mulher. Para tanto, subsidiou-se na compreensão de como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e os programas do governo voltado ao Direito à Saúde da Mulher, influenciam no processo de prevenção, detecção, tratamento e paliativo da neoplasia, em especial, o câncer de mama e uterino.

É importante saber que o câncer de mama não tem causa única, existem fatores que estão associados para seu desenvolvimento, como: histórico familiar, fatores endócrinos, idade, entre outros. Manter uma alimentação saudável, exercícios físicos, evitar consumo excessivo de álcool e a adoção de um estilo de vida saudável evita o risco da manifestação da doença em aproximadamente 5%.

Os primeiros sintomas de quem estão acometidos do câncer mamário ou uterino, se dá por um nódulo único, pelo espessamento ou retração da pele ou mamilo, dor, inchaço, edema, vermelhidão na pele. A idade ideal para realização da mamografia é a partir dos 40 anos, lembrando que antes desse período só se houver, orientação medica e/ou histórico familiar. O risco é menor em mulheres de 40 anos, mas podem ser afetadas.

Para confirmar o diagnóstico é orientado realizar a mamografia, biópsia para confirmação, dando positivo o paciente é encaminhado pelo oncologista/mastologista, para tratamento específico. Ao realizar o diagnostico precocemente o paciente tem 95% de chance de cura da doença.

Bons projetos já existem, apenas precisam passar por melhorias, como o acesso/facilidade a comunidade conseguir vaga para fazer os exames. Em Cruz das Almas, por exemplo, são poucas as vagas para realização de mamografia pelo SUS.

Para a realização de uma cartilha a sugestão é que se siga o uso de uma linguagem, clara e objetiva, que todas as pessoas possam compreender. Que esclareça a importância de se cuidar, fazer exames periódicos, tanto preventivos quanto mamografias. A cartilha pretende alcançar o máximo de pessoas possíveis nas comunidades. Conscientizando as mulheres que

estão na faixa etária para realização dos exames (mais jovens) para evitar hábitos que estejam associados com a manifestação da doença.

A prefeitura Municipal de Cruz das Almas possui convênio com a Clínica Aliança, que é uma clínica particular, eleita por processo de licitação como prestadora de serviço de imagem para o município, oferecendo os exames de mamografia de rastreamento para a comunidade. As vagas são passadas pela clínica e são distribuídas para os postos de saúde e cada PSF tem a sua cota diária de dez vagas por dia, para realização do exame. Para realização do exame as mulheres devem procurar os postos de saúde, passar por uma avaliação com o médico, e ele solicitará a mamografia, a paciente preenche um formulário e o exame é agendado no posto.

A Secretaria de Saúde com o intuito de conscientizar as mulheres, na detecção e tratamento do câncer realiza no mês do Outubro Rosa uma roda de conversa falando sobre a importância da campanha e da prevenção do câncer de mama e de colo de útero, além de promover uma caminhada com a participação de todos os postos de saúde.

A gestão trabalha com os PSF - Programa Saúde da Família, programa instituído, em 1994 no Brasil pelo Ministério da Saúde, conhecido como "Estratégia de Saúde da Família", que tem por finalidade o atendimento da família no ambiente em que vive, possibilitando uma inclusão ampliada do processo saúde/doença. Faz parte do programa as ações de promoção da prevenção, da saúde, recuperação, reabilitação de patologias e agravos mais comuns.

Nesse sentido, uma das estratégias para saúde da mulher do município de Cruz das Almas são as unidades de saúde da família e dentro do Programa de Unidade de Saúde da Família por meio do acompanhamento e tratamento a mulher. As mulheres são acompanhadas por um médico e enfermeira, onde são realizados preventivos ginecológicos. O exame Papanicolau é coletado nos PSF por uma enfermeira e são encaminhadas para um laboratório da cidade.

As mulheres que são diagnosticadas com câncer ou nódulos com necessidades de avaliação são encaminhadas para as unidades de referência, que são: os hospitais Aristides Maltez, Cican e o Hospital da Mulher. O atendimento e acompanhamento é muito rápido, a paciente é cadastrada na lista única, que é o cadastro social da mulher, com os exames de imagem e todos os requisitos e a consulta é agendada e a mulher faz todos os exames e procedimentos necessários no hospital que for encaminhado. Um dos grandes parceiros é o

Hospital da Mulher, que dispõe de mastologista e cirurgião plástico para reconstrução da mama.

O município de Cruz das Almas também dispõe do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), que é um programa que visa garantir o tratamento para pacientes portadores de doença que não tenha atendimento na sua unidade de origem. As prioridades são para pacientes em tratamento oncológico e hemodiálise. Para que o paciente seja beneficiado pelo programa é necessário que ele apresente exames e laudos que comprovem a doença, bem como seus documentos pessoais.

O Tratamento Fora de Domicílio foi determinado pela Portaria nº. 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde) trata-se de um instrumento legal para assegurar por meio do SUS, o tratamento médico para pacientes portadores de patologias não tratáveis no município de origem, e/ou quando não houver todos outros meios de atendimento. O TFD oferece ao paciente ajuda de custo, bem como ao acompanhante (casos específicos), que tenham sido recomendações médica da unidade de saúde, em outro município ou Estado da Federação.

O serviço social faz uma entrevista com o paciente, posteriormente ele passa por uma avaliação da comissão que é formada pela assistente social, médicos reguladores e o chefe de transportes. Sendo aprovado, ele passa a receber o auxílio transporte ou a disponibilidade do transporte para locomoção.

Com a campanha do Outubro Rosa junto a Regulação e o uso do caminhão da mamografia, houve uma aceitação muito grande, muitas pessoas que estavam sem realizar os exames puderam fazê-los. Para realização do exame no caminhão é feita uma triagem nos postos de saúde do município, a Regulação entra em contato com as enfermeiras das unidades e pede que localizem e rastreiem essas mulheres, com idade de 45 a 60 anos que realizaram a mamografia há mais de três anos, visto que a mamografia deve ser feita anualmente para as mulheres a partir dos 40 anos. Aquelas que não eram cobertas pelos postos e procuravam a regulação foram encaminhados para o caminhão da mama.

O caminhão é cadastrado pelo SISMAMA, que é um cadastro nacional, todos os dados são alimentados pelo SISMAMA. Tanto os dados do caminhão como os da Clínica Aliança são alimentados pelo SISMAMA para o rastreamento. Vale ressaltar o que SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama foi implantado no Brasil, em junho de 2009, com finalidade gerenciar as ações de detecção precoce do câncer de mama. Trata-se de um sistema

formado pelo módulo do prestador de serviço, que compreende os serviços de radiologia mamária e patologia para cadastro dos exames, emissão de laudos e avaliação de execução dos serviços; e pelo módulo de coordenação, usado pelos gestores estadual, regional e municipal controlando as ações de diagnóstico precoce neoplasia mamária e continuação das mulheres que apresentam alterações nos exames.

## REFERÊNCIAS

ABREU, E. de. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.43 n. 4, out./dez. 1997.

BACELAR, B. M. F.; PINHEIRO, T. S. M.; LEAL, M. F.; PAZ, Y. M.; LIMA, A. S. T.; ALBUQUERQUE, C. G.; CORRÊA, M. M.; CORDEIRO, I.; SILVA, V. L.; EL-DEIR, S. **Metodologia para elaboração de cartilhas em projeto de Educação Ambiental em micro e pequenas Empresas**. In: IX JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO. Anais. Recife, 2009. (CD-ROM).

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Trad. De Waltensir Dutra.

BOYLE, P.; LEON, M.E. Epidemiology of colorectal cancer. **Br med bull**, v.64, p.1-25, 2002.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/>>. Acesso em 04 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 11.664/08, DE 29 DE OUTUBRO DE 2008**. Diário Oficial da União. 2008. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/111664.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111664.htm)>. Acesso em: 01 dez 2017.

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**. Diário Oficial da União. 2012. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 126 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. **Ações de enfermagem para controle do câncer**. Rio de Janeiro, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Documentação; 1984. p. 15.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. xx p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAVALCANTI, Paula Arcoverde. Políticas públicas: conceitos básicos. In: CAVALCANTI, Paula Arcoverde. **Análise de políticas públicas: o estudo do Estado em ação**. Salvador: Eduneb, 2012.

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** CEAP. 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009.

COSTA, A. A. A. O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. **Revista Gênero**. Brasília, v. 7, n.2. 2005. 20p.

\_\_\_\_\_. **Planejamento Familiar no Brasil**. Bioética, Brasília, vol.4, n.2, 1996, p. 209-215.

<<http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/viewfile/380/285>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (org.) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

\_\_\_\_\_. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1073-1083, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

FERLAY, J. et al., Cancer incidence and mortality worldwide. **GLOBOCAN 2012 v1.0**Lyon, France: IARC, 2013. (IARC Câncer Base, 11). Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 14 set. 2013.

FONSECA, R. M. G. S da. MULHER, DIREITO E SAÚDE: repensando o nexos coesivo. **Saúde e Sociedade**. v.8, n.2. 3-32p.1999.

IBGE. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/default\\_caracteristicas\\_da\\_populacao.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/default_caracteristicas_da_populacao.shtm)>. Acesso em: 05 fev. 2018.



INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018:** incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INCA. **Estimativa 2016:** incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama** – Resumo das Apresentações. Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama.** Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Portaria 2439. **Política Nacional de Atenção Oncológica.** 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso.** Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Portaria 2439. **Política Nacional de Atenção Oncológica.** 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso.** Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_deteccao\\_precoce\\_final.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf)>. Acesso em: 24 jan. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 59p.

LAFRAMBOISE, H. L., 1973. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. **Canadian Medical Association Journal**, v.108. 388-393p.

LAURENTI, Ruy; JORGE, M. H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). **Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna.** Brasília: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINISTERIO DA SAUDE. **Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.** MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

<<https://mortalidade.inca.gov.br/mortalidadeweb/pages/modelo01/consultar.xhtml#panelresultado>: Acesso em 20 fev. 2018.

MOSER, C. **Planificación de género y desarrollo**: teoría, práctica y capacitación. Lima, Flora Tristán Ed., 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Pesquisa violência sexual**. 2002. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986. 309p.

SANTOS, Joselito. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: aspectos de uma luta social. **Anais...** II Jornada Internacional de Políticas Públicas Mundialização e Estados Nacionais: a questão da emancipação e da soberania. São Luís – MA, 23 a 26 de Agosto de 2005.

SCHWARTZMAN, Simon. **As causas da pobreza**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

SEPÚLVEDA, M. A. C. Breve Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil. Disponível: Acesso em 12 de dezembro de 2001. SILVA, Z. P. O Município e a Descentralização da Saúde. São Paulo em Perspectiva, v.10, n.3, 1996.

SILVA, Z. P. **O Município e a Descentralização da Saúde**. São Paulo em Perspectiva, v.10, n.3, 1996.

THORNTON, H.; PILLARISSETTI, R. R. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 44, n. 15, p. 2118-2121, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention**. Geneva, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes). Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2018.