



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

**ANE KAROLINE DA ROCHA FERREIRA GOMES  
MATHEUS FELIPE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL SOBRE O CÂNCER DE MAMA NOS ANOS  
DE 2011 A 2021: INTERFACE ENTRE VULNERABILIDADES E OFERTA DE  
SERVIÇOS EM SANTARÉM - PA**

**SANTARÉM - PA  
2022**

**ANE KAROLINE DA ROCHA FERREIRA GOMES  
MATHEUS FELIPE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL SOBRE O CÂNCER DE MAMA NOS ANOS  
DE 2011 A 2021: INTERFACE ENTRE VULNERABILIDADES E OFERTA DE  
SERVIÇOS EM SANTARÉM - PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Saúde Coletiva como requisito para a conclusão do Curso em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na Universidade Federal Oeste do Pará.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elaine Cristiny Evangelista dos Reis.

**SANTARÉM – PA  
2022**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/ UFOPA**

---

G633p Gomes, Ane Karoline da Rocha

Políticas públicas no Brasil sobre o câncer de mama nos anos de 2011 a 2021: interface entre vulnerabilidades e oferta de serviços em Santarém - PA./ Ane Karoline da Rocha Gomes e Matheus Felipe Oliveira dos Santos. – Santarém, 2022.

63 p.: il.

Inclui bibliografias.

Orientadora: Elaine Cristiny Evangelista dos Reis.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva, Curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Câncer de mama. 3. Ação integral à saúde. I. Santos, Matheus Felipe Oliveira dos. II. Reis, Elaine Cristiny Evangelista dos, *orient.*  
III. Título.

CDD: 23 ed. 616.994

---

Bibliotecária - Documentalista: Renata Ferreira – CRB/2 1440

**ANE KAROLINE DA ROCHA FERREIRA GOMES  
MATHEUS FELIPE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL SOBRE O CÂNCER DE MAMA NOS ANOS  
DE 2011 A 2021: INTERFACE ENTRE VULNERABILIDADES E OFERTA DE  
SERVIÇOS EM SANTARÉM - PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Saúde Coletiva como requisito para a conclusão do Curso em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na Universidade Federal Oeste do Pará.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elaine Cristiny Evangelista dos Reis.

Conceito:

Data da aprovação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

**Prof<sup>ª</sup> Dra. Elaine C. Evangelista dos Reis – Orientadora**  
Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA

---

**Prof. Dr. Téogenes Luiz da Silva Costa**  
Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA

---

**Prof<sup>ª</sup> Dra. Marina Smidt Celere Meschede**  
Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA

Aos nossos familiares e amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade federal do Oeste do Pará por nos oportunizar o acesso ao ensino superior e pelo conhecimento produzido em favor do desenvolvimento da nossa região.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elaine C. Evangelista dos Reis por toda paciência e dedicação nos ensinamentos repassados para concretização deste trabalho.

Às nossas famílias pelo apoio e amor incondicional proporcionado no decorrer de nossas vidas, cada etapa vencida em nossas vidas são vitórias que com certeza queremos dividir com cada um de vocês.

A Deus pela proteção, livramento e sabedoria, que nos resgata todos os dias, conduzindo-nos ao caminho do bem.

Aos nossos amigos do curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela parceria durante os anos que dividimos nossas experiências, conhecimento e dúvidas.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que conseguíssemos chegar até aqui!

*“Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível”*

*(Charles Chaplin)*

## RESUMO

É pertinente a reflexão de que as políticas públicas em saúde são estruturadas em âmbito nacional, de forma generalista, com concepções que muitas vezes desconsideram os diferentes cenários e grupos. Esse contexto, pode fragilizar as ações e serviços em âmbito estaduais e municipais, a serem ofertados sem considerar as particularidades territoriais e culturais que compõem o Brasil. As políticas públicas para saúde são extremamente necessárias, porém o escopo entre concepção e exequibilidade precisa de alinhamento para integralidade do cuidado. Englobar a discussão dessas políticas é extremamente relevante, haja vista que podem subsidiar tomadas de decisão por parte dos agentes competentes e gerar informações coerentes a respeito da saúde de grupos específicos de nossa sociedade. Diante do exposto, o presente trabalho teve como **objetivo** analisar as políticas públicas no Brasil para a prevenção do câncer de mama nos últimos 10 anos. O estudo foi desenvolvido em uma abordagem qualitativa, exploratória descritiva, do tipo Revisão Integrativa de Literatura, com coleta de dados secundários a partir de bases de dados oficiais e eletrônicas. A pesquisa foi realizada em três etapas: a primeira etapa consistiu em buscar informações no site oficial do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Internet aberta (Google); a segunda etapa consistiu na construção da RIL, que versa sobre a elaboração de uma análise bem abrangente da literatura, foi desenvolvida seguindo as seis fases, descritas por Galvão; Sawada; Trevizan (2004); a terceira etapa desta pesquisa consistiu em buscar informações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para estruturar a rede de serviços de nível primário, secundário e terciário, ofertado às mulheres com câncer de mama. Ao abordar a prevenção do câncer de mama por meio das políticas públicas de saúde, ficou evidente a necessidade de estruturação de ações destinadas às mulheres portadoras do câncer de mama, além da consolidação das políticas já existentes, pois essas políticas se tornam essenciais para que mulheres tenham acesso à atenção integral à saúde. Neste estudo, ao fazer o paralelo entre políticas públicas em relação ao câncer de mama, a RIL sobre as vulnerabilidades que estão presentes nos diversos contextos de vida de milhares de mulheres acometidas com essa neoplasia, e os serviços ofertados em âmbito local em nível primário, secundário e terciário, constatou-se que apesar de todo o conhecimento sobre a magnitude do câncer de mama, as políticas públicas em 10 anos para essa população são generalistas e fragilizadas, não suprimindo as necessidades dos muitos cenários em que essas mulheres estão inseridas, esse fato corrobora com as dificuldades vivenciadas no acesso aos serviços de saúde nas variadas regiões do país. Na região estudada existe um aglomerado dos serviços de saúde na área urbana e precariedade



desses serviços nas áreas planalto e rural. Potencializando a exposição de mulheres com CA de mama as vulnerabilidades em saúde de âmbito individual, social e programática, colocando-as em um contexto em que as condições de iniquidades, fragmentam o cuidado, o acesso aos serviços de saúde e invisibilizam o direito básico de saúde.

**Palavras-Chave:** Políticas Públicas de Saúde. Câncer de Mama. Atenção Integral à Saúde. Saúde da Mulher. Populações em Vulnerabilidade.

## ABSTRACT

It is pertinent to reflect that public health policies are structured at the national level, in a general way, being policies implemented in general, in a single way, to meet different scenarios. This context implies the implementation of actions and services that are the responsibility of the state and municipal spheres, being offered without considering the territorial and cultural particularities that make up Brazil. Public policies for health are extremely necessary, but they are fragile policies, which guide the disproportionate distribution of services, actions and health care establishments. Encompassing the discussion of these policies is extremely relevant, given that they can support decision-making by competent agents and support coherent information regarding the health of specific groups in our society. Given the above, the present study aimed to analyze public policies in Brazil for the prevention of breast cancer in the last 10 years. The study was developed in a qualitative, exploratory and descriptive approach, of the Integrative Literature Review type, with collection of secondary data from official and electronic databases. The research was carried out in three stages: the first stage consisted of searching for information on the official website of the National Cancer Institute (INCA), the Virtual Health Library (BVS) and the open Internet (Google); the second stage consisted of the construction of the RIL, which deals with the elaboration of a very comprehensive analysis of the literature, was developed following the six phases, described by Galvão; Sawada; Trevizan (2004); the third stage of this research consisted of seeking information from the National Registry of Health Establishments (CNES) to structure the network of primary, secondary and tertiary services offered to women with breast cancer. When approaching the prevention of breast cancer through public health policies, it became evident the need to structure actions aimed at women with breast cancer, in addition to the consolidation of existing policies, as these policies become essential for women to have access to comprehensive health care. In this study, by making the parallel between public policies in relation to breast cancer, the integrative review of the literature on the vulnerabilities that are present in the different life contexts of thousands of women affected with this neoplasm, and the services offered at the local level in primary, secondary and tertiary level, it was found that despite all the knowledge about the magnitude of breast cancer, public policies in 10 years for this population are general and fragile, not meeting the needs of the many scenarios in which these women are inserted, this fact corroborates the difficulties experienced in accessing health services in the various regions of the country. In the studied region, there is a cluster of health services in the urban area and precariousness of these services in the plateau and rural areas. And in view of this, they impact

the large number of health vulnerabilities that affect women, raising the self-mortality rate from breast cancer.

**Keywords:** Public Health Policies. Mana Cancer. Comprehensive Health Care. Women's Health. Vulnerable Populations.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Síntese dos artigos disponibilizados na BVS-Neoplasias da mama.....	26
Quadro 2 – Identificação dos materiais selecionados para a RIL.....	28
Quadro 3 - Principais vulnerabilidades.....	31
Quadro 4 – Síntese das vulnerabilidades individual, social e programática.....	34
Figura 1 – Portarias, Lei e Protocolo relacionados ao CA de mama entre 2011 a 2021.....	40
Figura 2 - Porcentagem de estabelecimentos de saúde por área.....	41

## LISTA DE ABREVIATURA

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA	Câncer
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRSM	Centro de Referência de Saúde da Mulher
HMS	Hospital Municipal de Santarém Dr. Alberto Tolentino Sotelo
HRBA	Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>A construção de espaço, direitos e caminhos percorridos por mulheres .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Vulnerabilidades: individual, social e programática .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3</b>	<b>Câncer de Mama .....</b>	<b>23</b>
<b>3.4</b>	<b>Caracterização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher com Câncer .....</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>46</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença multifatorial, sendo considerada como a segunda maior causa de mortes no Brasil. Na atualidade, o câncer de mama é uma das neoplasias mais comuns entre as mulheres, sendo consequentemente considerado um problema de saúde pública, relevante não só em países subdesenvolvidos, como também em países desenvolvidos. Segundo Silva e Silva (2005) e OMS (2017), o avanço da idade, é o principal fator de risco para a neoplasia, além de se relacionar com o acúmulo de exposições durante o ciclo de vida e as próprias alterações biológicas que ocorrem através do envelhecimento. Além da idade, os fatores de risco se dividem em: fatores endócrinos/história reprodutiva, fatores comportamentais/ambientais e fatores genéticos/hereditários (ADAMI; HUNTER; TRICHOPOULOS, 2008).

No que diz respeito às políticas públicas em saúde, sabe-se que elas contribuem exitosamente em prol da garantia do direito em saúde da sociedade. Estas constituem o campo de ação social do estado, onde são direcionadas para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes naturais, sociais e do trabalho, ainda consiste na organização de funções públicas governamentais que possam abranger a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2004).

As políticas públicas, segundo Lucchesi (2004), são um conjunto de atribuições, medidas e procedimentos que devem constituir a orientação política do Estado e regulamentar as atividades do governo referentes às tarefas de interesse público. São também delineadas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. Para melhor compreensão “pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)” (SOUZA, 2006, p. 26).

É pertinente a reflexão de que as políticas públicas em saúde são estruturadas em âmbito nacional, de forma generalista, sendo políticas implementadas no geral, de uma única forma, para atender diferentes cenários. Esse contexto, implica na implementação de ações e serviços que são de competências das esferas estaduais e municipais sendo ofertados sem considerar as particularidades territoriais e culturais que compõem o Brasil. Os autores Gonçalves e Domingos (2019), apontam que mesmo com o oferecimento gratuito da saúde,

nota-se grande dificuldade ao que se refere à universalização do acesso, especialmente quando se trata das comunidades mais afastadas que não contam com o aparato Estatal para a execução de serviços básicos de saúde, educação e transporte. Dessa forma, as políticas públicas para saúde são extremamente necessárias, porém são políticas fragilizadas, que orientam a distribuição desproporcional de serviços, ações e estabelecimentos de atenção à saúde.

Pensando na importância das mulheres acometidas com câncer de mama, percebe-se que “as políticas de atenção à saúde da mulher não levam em consideração as diferenças econômicas, sociais e culturais que operam entre as diversas realidades às quais estão submetidas às mulheres” (CABRAL, 2017, p. 51-52). Nesse sentido, a distribuição desigual dos serviços de saúde, dificultam o acesso aos estabelecimentos de saúde, visto que estes concentram-se em maior quantidade, nas áreas urbanas. O acesso pode ser definido como “o ajuste entre a presença de recursos de saúde e as características da população na busca e obtenção de assistência” (FEKETE, 1995 *apud* SIMÕES, 2008, p. 29).

Para Nunes (2015), conceder a garantia de acesso aos serviços para a população a todos os níveis de atenção da prevenção ao diagnóstico, ao tratamento e aos acompanhamentos, é um dos grandes desafios da área de saúde. Dessa forma, observa-se que mulheres acometidas com essa neoplasia, em um cenário onde as políticas públicas são generalistas e, assim, acabam não contemplando os princípios de universalidade e equidade, acaba por colocar essas mulheres em casos de vulnerabilidades em saúde, que dificultam o acesso a esses serviços, gerando maiores consequências na saúde de milhares de mulheres.

Esse contexto está presente no cenário local dessa pesquisa, Santarém que está localizada no Oeste do Pará, é considerada o principal centro urbano financeiro, comercial e cultural do oeste do estado, uma das mais antigas cidades da região amazônica e uma das mais importantes, tem sua população formada por ribeirinhos, quilombolas e indígenas que se inserem dentro do território amazônico enfrentando as grandes distâncias geográficas, o que favorece o surgimento de barreiras ao acesso aos serviços de saúde e educação. É uma cidade do interior, mas, ocupa o segundo lugar de maior conglomerado urbano do Pará (SANTARÉM, 2022).

Com referência ao câncer de mama, dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), mostram que a estimativa deste agravo à saúde da mulher para o ano de 2021 foi de 66.280 novos casos. Dessa maneira, a alta taxa de incidência desta neoplasia maligna tem como resultado o aumento da mortalidade nesta população. De acordo com Rezende (2010), no Brasil, o aumento da mortalidade por câncer de mama está relacionado, principalmente a dois aspectos, sendo eles o retardamento no diagnóstico e à falta de implementação da terapêutica adequada.



Onde, “o atraso no diagnóstico e no início do tratamento do câncer de mama está diretamente relacionado à progressão da doença e ao mau prognóstico” (ROSA, 2011, p. 29).

O diagnóstico precoce do câncer de mama permite alto índice de cura, com manutenção da própria mama e tratamentos menos agressivos. Portanto, a efetividade de um diagnóstico precoce reduziria prejuízos à saúde da mulher e contribuiria com a qualidade de vida no tempo de sobrevivência após o diagnóstico dessa patologia. Assim, “ações específicas de prevenção do câncer de mama, a detecção precoce, com o diagnóstico e tratamento em fases iniciais da doença, é a melhor estratégia para um bom prognóstico e redução da mortalidade” (CABRAL, 2017, p. 47). Em vista disso, compreende-se a importância da atuação de políticas públicas mais específicas, respeitando o regionalismo, garantido fácil acesso e maior agilidade aos exames de rastreamento.

Nesse contexto, deve ser dada atenção especial às políticas públicas, para nortear o atendimento integral, suprimindo as necessidades de saúde da população acometida. Com relação ao câncer de mama, fica evidente a necessidade de estruturar políticas e ações para as mulheres portadoras deste tipo de câncer, além de consolidar políticas já existentes, visto que é por meio de políticas mais equânimes que essa população alcance a integralidade do acesso aos serviços de saúde. Com isto, atender esse público de acordo com o princípio da integralidade, se torna uma das ações fundamentais para a capacitação das mulheres no que diz respeito ao autocuidado e ofertando ações e serviços que contemplem demandas múltiplas em um país com diversidades socioculturais e regionalismos.

Mediante o exposto, faz-se necessário a realização de estudos acerca das Políticas Públicas para o enfrentamento e prevenção do câncer de mama no Brasil, posto que, pesquisas dessa natureza podem contribuir para a qualificação da atenção ao câncer de mama. Portanto, o interesse da linha temporal no decorrer de 10 anos, surgiu pela presença de vários marcos, que ocorreram através de políticas de referência que contribuem para o direito à saúde da mulher durante o período estimado, como exemplo, a portaria nº 59, de outubro de 2015, que torna pública a decisão de aprovar as Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, torna-se relevante a realização deste estudo, uma vez que os resultados obtidos podem impactar positivamente na produção de informações imprescindíveis para a sociedade e contribuir para tomadas de decisão por parte de profissionais de saúde, gestores em saúde pública e, principalmente, para a promoção do autocuidado.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as políticas públicas no Brasil para a prevenção do câncer de mama nos últimos 10 anos.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Estruturar uma Revisão Integrativa da Literatura sobre as políticas públicas no Brasil para a prevenção do câncer de mama nos últimos 10 anos;
- Identificar possíveis vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que acometem as mulheres com câncer de mama;
- Caracterizar a Rede de Atenção à Saúde, para a mulher com câncer de mama no município de Santarém, estado do Pará.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 A construção de espaço, direitos e caminhos percorridos por mulheres**

Historicamente, o papel da mulher foi construído por diversas sociedades e modelos de Estado, como alguém que servia apenas para auxílio, tendo o homem o papel principal em todas as atividades. Durante muito tempo perpetuou-se essa visão de gênero inferior, uma realidade que vem sendo desconstruída até os dias atuais, com o auxílio de movimentos e acontecimentos históricos que visam assegurar os direitos das mulheres (SANTANA, 2017).

Nesse contexto, a trajetória de luta feminina por igualdade de gênero, engloba o direito ao voto, acesso à educação, contracepção, legislações de proteção às mulheres e a luta por igualdade no mercado de trabalho. Segundo Garcia (2015), o feminismo foi um movimento fundamental na contribuição do processo de reversão das desigualdades de gênero no Brasil, enfatizando que existe relação entre a trajetória das lutas das mulheres e os processos de mudanças econômicas e sociais que ocorreram no país.

A condição de ser mulher tem sido um desafio devido à desigualdade entre os sexos e o culto à masculinidade. O movimento feminista, que iniciou na Europa e Estados Unidos da década de 60, repercutiu ainda na aquisição de visibilidade e conquista de direitos

fundamentais, “seja por protestos como a ‘queima de sutiãs’ que questionavam os padrões de beleza impostos à mulher ou ainda pela luta pelo sufrágio universal” (SANTANA, 2017, p. 24).

No Brasil, assim como em outros países, o movimento pelo sufrágio universal foi o primeiro movimento de luta organizada por mulheres brasileiras, onde aponta um trajeto nacional pela reivindicação do direito ao voto feminino (GARCIA, 2015). Contudo, como afirma Santos (2018, p. 8): “apesar da presença dos movimentos feministas durante todo o período histórico da humanidade, somente nas últimas décadas tais fenômenos repercutiram efetivamente na conquista dos direitos femininos”.

No que tange a garantia dos direitos das mulheres, ressalta-se a Constituição Federal de 1988, como marco histórico na construção destes. De acordo com Pimenta (2010), a promulgação da Constituição Federal de 1988, como marco regulatório normativo, estabeleceu uma nova fase no ordenamento jurídico brasileiro, principalmente no que diz respeito aos direitos das mulheres. Para Costa e Gonçalves (2019, p. 123): “a Constituição Federal de 1988, nesse contexto, foi determinante no processo de valorização da mulher e na realização de sua cidadania por meio de sua potencialização”.

Conforme Santana (2017, p. 16), na Carta Magna de 1988, observa-se que diante do acolhimento do princípio da igualdade de direitos, ela possibilitou uma inovação para a população, sobretudo relacionados aos direitos das mulheres, resultando em reflexos relevantes para a atuação feminina no Brasil. No âmbito da violência física contra a mulher, duas grandes conquistas foram alcançadas após o ano de 1988, sendo estas: A Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) e a Lei 13.104, de 09 de março de 2015 (Lei do Feminicídio) (BRASIL, 2006).

Das leis acima citadas, a Lei Maria da Penha merece destaque, pois cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Nesse sentido, segundo Figueredo e Stefanés (2010, p. 5), a Lei maria da Penha tem o objetivo de:

Evitar a violência doméstica e familiar contra a mulher. Contudo, seu alcance não se pauta apenas nas agressões ocorridas dentro do espaço físico do lar, desde que o agressor (a) seja pessoa com a qual esteja ou tenha tido convivência marital ou de afetividade: Irmão, pai, filho ou companheira ou ainda pessoa com a qual conviva no âmbito doméstico e familiar independente de parentesco, abrangendo assim, agregados esporádicos (FIGUEREDO; STEFANES, 2010, p. 5).

Quanto a Lei do Feminicídio, Leão e Pedroso (2018, p. 33-34) firmam que esta lei: “criou uma nova qualificadora para o tipo penal homicídio, com o objetivo de combater a violência resultante em morte contra as mulheres, em função de questões relacionadas ao gênero feminino”. Nessa conjuntura de direitos femininos conquistados, destaca-se também o de

trabalhar, que por muito tempo foi negado às mulheres, principalmente por conta das gestações. Assim Leão e Pedrosa (2018), apontam como direito adquirido pela constituição a licença maternidade pelo período de 120 dias, sem perda do salário e do emprego, bem como criação da licença paternidade, que apesar de pouca duração (5 dias), é de grande importância, no auxílio ao cuidado nos primeiros dias da criança, proporcionando descanso à mãe.

Falar de direito da mulher é também falar de saúde. Nesse sentido, em 2004 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como base o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado em 1983. Para Medeiros (2008), o PAISM se desenvolve a partir da confluência dos movimentos sanitário e feminista, surgindo como o primeiro programa de saúde pública direcionado às mulheres. De acordo com Kornijezuk (2015, p. 51), a conquista dessa política: “foi um marco histórico nas mudanças ocorridas no trato dedicado às mulheres pelo serviço de saúde, garantindo uma visão de sujeito integral, e não apenas enquanto sujeito objeto de um processo ciclo gravídico- puerperal”.

Deste modo, Costa e Gonçalves (2019), abordam que as políticas públicas para as mulheres são firmadas de maneira que possam atender holisticamente às suas necessidades, trazendo diretrizes não só de natureza social, mas também a respeito da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, bem como causas específicas e fundamentais à oferta de saúde para este público. Nesse contexto, a implementação da PNAISM, visa a assistência que atenda às especificidades próprias da mulher de forma holística, onde percorre diversas áreas da saúde da mulher. Conforme Pedrosa (2005, p. 7), explicita:

As ações de saúde propostas por esta política enfatizam a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro, o combate à violência doméstica e sexual e o cuidado a saúde da adolescente e da mulher no climatério. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS, as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo saúde mental, e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas (lésbicas, mulheres negras, indígenas, residentes em zonas rurais e mulheres em situação de prisão), nas especificidades e necessidades. Esta política ainda propõe diretrizes para a humanização e qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres (PEDROSA, 2005, p. 7).

Diante do exposto acima, compreende-se que a PNAISM, além de buscar fortalecer os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, também buscou priorizar a melhoria de necessidades e aspectos peculiares que demandam a saúde da mulher. Conforme Freitas *et al.*, (2017), a PNAISM denomina-se inovadora ao preconizar em seus princípios e diretrizes, aspectos referentes à promoção e humanização da saúde com a finalidade de minimizar as

iniquidades presentes na saúde da mulher. À vista disso, as políticas de atenção à saúde da mulher apresentam contribuições imprescindíveis no cenário de transformação em relação ao paradigma de saúde da mulher.

### **3.2 Vulnerabilidades: individual, social e programática**

O termo vulnerabilidade possui diversas conotações, entre estas, está diretamente designado a grupos ou indivíduos que estejam fragilizados, tanto juridicamente ou politicamente, que necessitem de proteção para a garantia de seus direitos. Diante disso, a vulnerabilidade surge através de alguns fatores, sendo que a renda, os serviços, a qualidade de vida, educação e saúde, o que se tornam alvo das políticas públicas, afim de garantia de direitos (AYRES *et al.*, 2009; FIGUEIREDO; NORONHA, 2008). Acrescenta-se que, diante de condições de adoecimento associadas a estigmas, a vulnerabilidade se associa à qualidade de vida, aos serviços públicos oferecidos, à prática de prevenção e à sociedade civil organizada (BASTOS; SWARCWAL, 2000).

Para melhor compreensão da complexidade representada pelas situações que aumentam a vulnerabilidade das mulheres, é essencial considerar as relações de gênero em nossa sociedade, buscando entender como as desigualdades entre homens e mulheres estão articuladas com o processo de feminização. De acordo com Lima e Schraiber (2013), o conceito de gênero pode ser entendido como um conjunto de normas, valores, costumes e práticas através de que a diferença biológica entre homens e mulheres é culturalmente significada e diferenciada em termos de valor e poder social.

Nesse processo de regulação, são definidos padrões de comportamentos e atitudes que reproduzem desigualdades e diferenças sociais (CAMPOS; TEIXEIRA, 2010). As representações de “ser homem” e “ser mulher” associam as mulheres à fragilidade e ao cuidado e os homens à agressividade, racionalidade e iniciativa. Esses valores são expressos na sociedade de diferentes formas, desde a divisão sexual do trabalho até a dificuldade de a mulher expressar seu prazer e vivenciar sua sexualidade. As relações desiguais, constituem fatores estruturantes da vulnerabilidade em mulheres (BRASIL, 2011; TURMEN, 2003).

A vulnerabilidade individual refere-se "ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos (...), ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras" (AYRES *et al.*, 2003, p. 123). Outro conceito de vulnerabilidade é mencionado por Litvoc e Derntl (2002), na qual a

vulnerabilidade está associada ao perfil epidemiológico da população, diante disso, ocorre a existência das síndromes geriátricas que constituem a vulnerabilidade através do declínio da capacidade funcional o que eleva o nível de dependência de cuidados dos familiares e dos profissionais, com isso, essas síndromes podem resultar em isolamento social e no comprometimento da qualidade de vida.

Este conceito abordado, destaca os fatores nos quais a vulnerabilidade individual está constituída, e de que forma pode afetar a qualidade de vida. A vulnerabilidade social é um termo bastante utilizado nas políticas sociais. Contudo, esse termo está ligado ao quadro conceitual, pois “provoca multiplicidade de olhares e compreensões, abrangendo uma discussão que privilegia diferentes contextos sociais e políticos até as questões de fragilidade individual” (TEDESCO; LIBERMAN, 2008, p. 255). Para Ayres *et al.*, (2003), a vulnerabilidade social, está atribuída através do acesso à informação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais necessários, poder de influências sobre as tomadas de decisões políticas, oportunidades de enfrentar barreiras culturais, além de diversos outros fatores.

Segundo Bertolozzi *et al.*, (2009), a vulnerabilidade programática concebe que haja a existência de serviços institucionalizados, e de que forma esses serviços estão organizados, a fim de obter garantia de segurança sociais aos usuários, no qual o trabalho social, precisa ser feito ao usuário, a relação que o trabalhador deve ter com o usuário e a provisão de serviços e recursos disponíveis para oferecer esses serviços. Conforme Mann; Tarantola; Netter (1993), a vulnerabilidade individual, social e programática, constituem-se em valores universais de equidade e justiça social, sendo que serão expostos valores e significados diversos, de acordo com o meio social que estão embutidos.

A relação entre pobreza e questões de gênero situa as mulheres mais pobres no que talvez “sejam as condições mais extremas de vulnerabilidade enfrentadas por qualquer grupo populacional” (PARKER; CARMARGO-JUNIOR, 2000, p. 96). Neste ensaio, Rocha; Vieira; Lyra (2013), argumentam que: a noção de vulnerabilidade orienta estudos realizados de forma global, que ao analisar os impactos da feminização considerando as inter-relações de gênero, classe, raça e sexualidade, mostram resultados semelhantes em diversas partes do mundo.

No que diz respeito as diversas vulnerabilidades enfrentadas pelas mulheres, surge um marco importante na luta contra as desigualdades de gênero, a qual aconteceu no dia 08 de março de 1956, na cidade de Nova York, Estados Unidos, onde um grupo de operárias de uma fábrica têxtil iniciaram uma greve na busca de melhores condições de trabalho, carga horária reduzida e salários iguais aos dos homens. Logo após esse marco, no Brasil, o Ministério da Saúde, em 1984, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Este programa

engloba todas as necessidades da mulher brasileira, desde a assistência pré-natal, parto, planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e tratamento para os tipos de cânceres que mais acometem as mulheres, como o câncer de mama (BRASIL, 2004).

### **3.3 Câncer de Mama**

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, as mulheres estão sujeitas à ocorrência de vários tipos cânceres, entre eles o câncer de mama, sendo este o que mais acomete e causa a morte de mulheres no Brasil, ficando abaixo apenas do câncer de pele. O câncer de mama é caracterizado pela proliferação de células anormais das mamas, formando um tumor com capacidade de atingir outros órgãos do corpo. As causas para o desenvolvimento desta neoplasia maligna são várias, porém alguns fatores de risco estão bem estabelecidos com relação à vida reprodutiva da mulher, como menarca precoce, idade da primeira e última gestação, o uso anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal, entre outros. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco (INCA, 2014; INCA, 2022).

Segundo o pressuposto acima, os fatores de risco para as mulheres estão associados ao seu ciclo reprodutivo, e estão diretamente ligados ao possível desenvolvimento do câncer de mama. Conforme o INCA (2014), cerca de 30% dos casos de câncer de mama que ocorreram no mundo anualmente poderiam ser prevenidos. A prevenção primária do câncer de mama visa reduzir os diversos fatores de riscos, com mudança de hábitos como a prática atividade física, manutenção o peso corporal adequado, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e a amamentação também são medidas recomendadas como fatores de proteção. Somente por meio dessas atitudes, estima-se uma margem possível de redução de 28% dos casos novos de câncer de mama para o Brasil.

Com o intuito de controlar o Câncer, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preconiza ações de prevenção, para que ocorra a detecção precoce, além do acesso ao tratamento (OMS, 2017). De acordo com as estratégias estabelecidas pela OMS (2007) e INCA (2021) como políticas de prevenção e controle do câncer de mama, o diagnóstico precoce do torna-se fundamental. Segundo o INCA (2021, S/P):

As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o rastreamento (aplicação de teste ou exame numa população sem sinais e sintomas sugestivos de câncer de mama, com o objetivo de identificar alterações sugestivas de câncer e

encaminhar as mulheres com resultados anormais para investigação diagnóstica) (INCA, S/P).

Para buscar detectar de forma precoce o câncer de mama, são necessários o diagnóstico e o rastreamento, visando identificar possíveis alterações indicadoras de câncer nas mulheres. De acordo com OMS (2017), o diagnóstico precoce faz parte de umas das estratégias para a detecção do câncer, sendo direcionada aos indivíduos que possuem sinais ou sintomas suspeitos, com isso, é possível identificar o câncer no estágio inicial. Conforme o INCA (2021, p. 16): “existem três etapas importantes para o diagnóstico precoce do câncer: conscientização e busca por assistência à saúde; avaliação clínica e diagnóstica e acesso ao tratamento”.

O rastreamento caracteriza-se pela aplicação de testes em pessoas assintomáticas, em uma população-alvo definida, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade atribuída a uma doença específica (OMS, 2020; ZONTA *et al.*, 2017). As publicações de Brasil (2010); Zontar *et al.*, (2017), apontam que uma das estratégias para que haja controle do câncer é a configuração da fase inicial de identificação de um determinado grupo populacional que deverá ser submetido a procedimentos afim de receber o diagnóstico e o seu respectivo tratamento.

Atualmente, o exame padrão para o rastreamento, é a mamografia. Mesmo com suas limitações, esse método é ainda o mais efetivo para detectar lesões não palpáveis, principalmente na faixa etária e periodicidade recomendadas (INCA, 2021). De acordo com INCA (2021); Migowski *et al.*, (2018), recomenda-se que a mamografia de rastreamento seja ofertada para as mulheres com idade de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos.

Segundo Souza; Grando; Couto- Filho (2008), os atrasos na realização do diagnóstico e no início do tratamento do câncer de mama, aumentam a ansiedade nas mulheres, podendo impedir tratamentos curativos e acarretar na redução das taxas de sobrevivências. Segundo o Souza *et al.*, (2015, p. 3806): “dependendo de fatores geográficos e socioeconômicos, o acesso e o tempo para o diagnóstico e o tratamento desse tipo de câncer variam”.

### **3.4 Caracterização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher com Câncer**

O Ministério da Saúde por meio de suas atribuições estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que



integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é desenvolver a integração sistêmica, por meio de ações e de serviços de saúde com provisão contínua, de maneira integral, humanizada, com equidade e eficácia (BRASIL, 2010).

No que diz respeito a saúde da mulher com câncer de mama, o Ministério da Saúde por intermédio da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS (BRASIL, 2013). Fazem parte dos princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (BRASIL, 2013, Art. 5º):

- I - Reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;
- II - Organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo;
- III - Formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política;
- IV - Articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e
- V - A incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE) (BRASIL, 2013, Art. 5º).

Dessa forma, a política visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários acometidos pelo câncer, por meio de ações de promoção e prevenção, detecção e tratamento, além de cuidados paliativos.

#### **4 METODOLOGIA**

Este estudo foi construído com uma abordagem qualitativa de caráter exploratória descritiva, do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL). A escolha por uma investigação exploratória, justifica-se pelo caráter de sondagem do estudo (VERGARA, 2009). A caracterização da pesquisa como descritiva deve-se ao fato de o estudo buscar analisar as políticas públicas no Brasil para a prevenção do câncer de mama nos últimos 10 anos, estabelecendo uma relação entre o tempo, o lugar e os indivíduos acometidos, para saber a interferências dessas políticas com as condições dos acometidos (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Esta pesquisa foi realizada em três etapas, descritas a seguir:

A primeira etapa consistiu em buscar informações no site oficial do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Internet aberta (Google). Para a coleta de dados dessa etapa, foi construído um quadro síntese, contendo: política publicada, ano e objetivo. Quanto à análise estabelecida para essa etapa, foi considerado o objetivo proposto em cada política em âmbito nacional com as políticas implementadas em âmbito local e as informações foram agrupadas em um quadro a fim de melhorar a organização e visualização desses dados.

A segunda etapa consistiu na construção da RIL, que versa sobre a elaboração de uma análise bem abrangente da literatura. Considerando todos os tipos de revisão, a revisão integrativa se destaca no sentido de ser mais ampla, mais extensa, tal fato é considerado vantajoso porque pode-se incluir tanto a pesquisa experimental como também a pesquisa quase experimental, assim, há um entendimento mais profundo do assunto estudado. Essa forma de análise viabiliza também a questão da combinação de elementos da literatura teórica e empírica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa é embasada em evidências científicas e apontada como ferramenta indispensável no estudo da saúde, pois, sua metodologia sintetiza as pesquisas que já estão disponíveis sobre determinado tema e direciona a uma prática com fundamentos científicos. Ao conduzir uma revisão integrativa, deve-se incluir uma abordagem sistemática rigorosa durante processo, particularmente da análise de dados, isso diminuirá de vieses e erros (SOUZA, SILVA; CARVALHO, 2010).

Brizola e Fantin (2016), apontam dois aspectos importantes associados a pesquisa de revisão da literatura, que são, a análises de pesquisas anteriores sobre a temática e a discussão do referencial teórico sobre esse tema, e concluem que a RIL é:

Nada mais é do que a reunião de ideias de diferentes autores sobre determinado tema, conseguidas através de leituras, de pesquisas realizadas pelo pesquisador. A revisão da literatura é, neste sentido, a documentação feita pelo pesquisador sobre o trabalho, a pesquisa que está se propondo a fazer” (Brizola; Fantin, 2016, p. 27).

A revisão integrativa, possibilita uma fonte de novos conhecimentos para o pesquisador, uma vez que, ele conhecerá os profissionais que mais investigam dado assunto, junto com as suas contribuições mais relevantes. Permite também, que o pesquisador separe o achado científico de opiniões e ideias descrevendo o conhecimento no seu estado atual. É um método que permite agrupar o assunto estudado por vários autores em diferentes tempo e espaço (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Assim sendo, esta revisão foi desenvolvida seguindo as seis fases, descritas por Galvão; Sawada; Trevizan (2004), sendo a fase correspondendo à construção da pergunta norteadora, considerada a etapa de grande importância dentro da revisão, pois por meio dessa pergunta são estabelecidos os estudos que serão utilizados para a análise. Para esse estudo a pergunta que se faz é a seguinte: quais são as possíveis vulnerabilidades que acometem as mulheres com câncer de mama?

A segunda fase foi realizada a busca em base de dados eletrônicas, na qual foram selecionados os estudos. Para esse estudo a coleta foi realizada através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), buscando artigos em bancos indexados na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Utilizou-se como critério de inclusão, artigos publicados nos últimos 10 anos, em português e disponíveis na íntegra para a consulta de forma gratuita e on-line e que respondam à pergunta de pesquisa.

A terceira fase foi realizada a coleta de dados, com a utilização de um instrumento para a coleta das informações contidas nos estudos selecionados, por meio deste instrumento foram avaliados cada artigo pesquisado, levando em consideração as diferenças entre eles.

Foi elaborado um quadro para o levantamento de materiais para o estudo. O levantamento dos dados com descritor: Neoplasias da mama resultou em 347.204 materiais, após aplicação dos filtros e dos critérios de inclusão resultou em 31 publicações. Como descreve o Quadro 1.

Quadro 1 - Síntese dos artigos disponibilizados na BVS-Neoplasias da mama

<b>Crítérios</b>	<b>Número</b>
Materiais identificados com o descritor	347.204
Texto completo	159.503
Idioma: Português	2.753
Ano de busca: 2011 a 2021	1.613
Assunto principal: Neoplasia da mama; Detecção precoce; Programas de rastreamento; Saúde pública.	1.204
Base de dados: Lilacs e BDENF	874
Tipo de estudo: Estudo de rastreamento; Estudo de prevalência; Estudo de avaliação; Fatores de risco; Avaliação de tecnologias.	313
País/região como assunto: Brasil	92
Tipo de documento: Artigo	68
Leitura do título permaneceu	47
Leitura do resumo	31
Relevantes ao estudo	31

**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores, (2022).

Desse modo, para o estudo em questão, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um quadro previamente elaborado, conforme o modelo proposto no estudo de Koche (2015). A organização dos resultados neste quadro possibilitou a visualização detalhada dos dados que foram utilizados para a argumentação. O quadro em questão contemplava os seguintes dados: nome do artigo, ano, local indexado, Qualis da revista, local de publicação.

A quarta fase foi procedida da análise crítica dos estudos que foram selecionados, preservando a ocorrência da análise sistemática dos estudos, procurando explicações para os elementos ou aspectos fornecidos pelos artigos utilizados na revisão. Os dados dessa Revisão Integrativa de Literatura foram analisados de forma descritiva, seguindo as etapas estipuladas por Pompeo; Rossi; Galvão (2009, p. 436), que exige a:

Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados. Os dados serão organizados em quadros (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009, p. 436).

A quinta fase foi realizada a discussão dos resultados, na qual foi feita a interpretação do que foi observado e a comparação dos dados obtidos em relação ao objetivo. Por fim, a sexta fase, consistiu na apresentação da revisão integrativa, que fornecerá todos os detalhes do estudo de forma minuciosa para assim facilitar uma possível replicabilidade do trabalho.

Deste modo, no que se refere a terceira etapa desta pesquisa, consistiu em buscar informações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para estruturar a rede de serviços de nível primário, secundário e terciário, ofertado às mulheres com câncer de mama. Os dados coletados foram organizados em um quadro que descreveu os estabelecimentos de saúde, o nível de complexidade e a localização. Os dados relacionados às redes de atenção à saúde foram analisados considerando os serviços ofertados em âmbito local em nível, primário, secundário e terciário, correlacionando com as políticas identificadas ao longo de 10 anos.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para a identificação dos materiais, foi estruturado conforme o modelo de Reis (2021), abordando: o tipo de material, o ano de publicação, o título, a revista de publicação, o Qualis e o local de estudo. O estudo contempla 31 materiais identificados para essa revisão,

sendo: 31 artigos, com publicações em português, entre os anos de 2011 a 2021, distribuídas da seguinte forma: no ano de 2011 (3), 2012 (3), 2013 (2), 2014 (4), 2015 (2), 2016(1), 2017(3), 2018 (5), 2019 (4), 2020 (2), 2021 (2), o que remete a materiais de diferentes contextos políticos, históricos e culturais, quanto as revistas o Qualis CAPES varia entre A2 e B4 na área da saúde coletiva, sendo que sua maioria são B3 e B4. No que se refere ao local de indexação, a maioria foi encontrado na BVS e quanto ao local dos estudos, destaca-se a região Sudeste, especificadamente dos estados de Rio de Janeiro e Minas Gerais, seguido da região Nordeste. Neste estudo, chama-se atenção ao fato de nenhum artigo ser da região Norte do Brasil, enquanto que na região Sudeste foram realizados 19 estudos; seguidos de 6 estudos na região Nordeste; 5 estudos na região Sul; e por fim, 1 artigo na região Centro Oeste, em Brasília. Esses dados encontram-se descritos no Quadro 2.

**Quadro 2 - Identificação dos materiais selecionados para a RIL.**

Ident.	Ano	Título	Revista	Qualis	Local de estudo
A1	2021	Internações por neoplasias da mama nas regiões brasileiras no período de 2014 a 2018.	Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)	B4	Sergipe
A2	2021	Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil.	Saúde e Sociedade	B1	Rio de Janeiro
A3	2020	Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um Estudo de Coorte com 204.130 Casos no Brasil.	Revista brasileira de cancerologia (Impresso)	B4	Rio de Janeiro
A4	2020	Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS).	Interface (Botucatu, online)	B1	Rio de Janeiro
A5	2019	Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos.	Ciência e Saúde Coletiva	B1	Belo Horizonte
A6	2019	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Risco de Comorbidade Cardiovascular ao Diagnóstico de Câncer de Mama.	Revista brasileira de cancerologia (Impresso)	B4	Rio de Janeiro
A7	2019	Sobre rastreamento mamográfico: avaliação a partir de bases identificadas do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).	Cadernos de Saúde Pública (Online)	A2	Juiz de Fora, MG

A8	2019	Fatores associados à realização de mamografia em usuárias da atenção primária à saúde em Vitória, Espírito Santo.	Epidemiologia e serviços de saúde (Impresso)	B2	Vitória, ES
A9	2018	Mulheres com neoplasia mamária em quimioterapia adjuvante: avaliação da qualidade de vida.	Revista enfermagem UERJ	B3	Minas Gerais
A10	2018	Prática de exames de rastreio para câncer de mama e fatores associados – Inquérito de Saúde da Mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014.	Ciência & saúde coletiva (Impresso)	B1	Uberaba, MG
A11	2018	Associação entre eventos de vida pós diagnóstico de câncer de mama e metástase.	Ciência & saúde coletiva (Impresso)	B1	Vitória, ES
A12	2018	Trajeto de Mulheres Rastreadas para o Câncer de Mama na Rede Pública de Saúde.	Revista brasileira de cancerologia (Impresso)	B4	Rio de Janeiro
A13	2018	Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais.	Cadernos de Saúde Pública (Online)	A2	Juiz de fora, MG
A14	2017	Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012.	Epidemiologia e serviços de saúde (Impresso)	B2	Rio de Janeiro
A15	2017	Perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama no Município de Maringá-PR.	Saúde e pesquisa (Impresso)	B4	Maringá, PR
A16	2017	Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama.	Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental (Online)	B4	São Paulo
A17	2016	Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.	Revista brasileira de epidemiologia (Impresso)	B1	Pelotas, RS
A18	2015	Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico.	Cadernos de saúde pública (Impresso)	A2	Vitória, ES
A19	2015	Retirando as vendas: conhecimento de mulheres cegas sobre câncer de mama.	Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental (Online)	B4	Campina Grande-PB
A20	2014	Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional.	Cadernos de saúde pública (Impresso)	A2	Florianópolis-SC
A21	2014	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.	Cadernos de saúde pública (Impresso)	A2	Rio de Janeiro
A22	2014	Avaliação nutricional de pacientes com câncer de mama atendidas no	Ciência & Saúde Coletiva	B1	Minas Gerais

		Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas, Belo Horizonte (MG), Brasil.			
A23	2014	Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil.	Cadernos de saúde pública (Impresso)	A2	Pelotas, RS
A24	2013	Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central.	Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia (Impresso)	B2	Brasília, DF
A25	2013	Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil.	Ciência & Saúde Coletiva	B1	São Luís, MA
A26	2012	Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011.	Revista brasileira de epidemiologia (Impresso)	B1	Teresina, PI
A27	2012	Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais.	Revista brasileira de epidemiologia (Impresso)	B1	Minas Gerais
A28	2012	Assistência em mastologia em uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde no Ceará, Brasil.	Revista brasileira de cancerologia (Impresso)	B4	Fortaleza, CE
A29	2011	Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil.	Cadernos de saúde pública (Impresso)	A2	São Luís, MA
A30	2011	O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil).	Ciência & Saúde Coletiva	B1	São Paulo, SP
A31	2011	Estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama atendidas em um serviço de mastologia no interior do Rio Grande do Sul, Brasil.	Revista HCPA (UFRGS. Impresso)	B4	Rio Grande do Sul

**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores, (2022).

Ao analisar os dados dispostos no Quadro 1, torna-se perceptível a ausência de produções científicas sobre o tema na região Norte do Brasil. Segundo aponta os autores Albuquerque *et al.*, (2005); Diniz e Gonçalves (2005); Chiarini; Oliveira; Silva-Neto (2014), essa ausência é fator da desigualdade regional na produção científica, pois está associada às disparidades na distribuição de recursos científicos e tecnológicos. Diante disso, observa-se que as regiões Sudeste, Nordeste e Sul são favorecidas, pelo fato da grande concentração de universidades e institutos de pesquisa (SUZIGAN; ALBUQUERQUE, 2011). Outro ponto que justifica este achado, é a alta incidência de CA de mama nas regiões Sul e Sudeste. Em um estudo feito por Silva *et al.*, (2014), observou-se que a mortalidade por câncer de mama é

superior nas regiões Sul e Sudeste se comparado as regiões Nordeste e Norte. Os dados do Inca (2022), revelam que essas regiões possuem taxas elevadas por serem mais desenvolvidas, sendo amparadas por melhor infraestrutura e recursos que facilitam o diagnóstico. Assim, é importante ressaltar que a região Norte possui menos materiais científicos e estruturais para a identificação de casos, podendo ter um cenário de alta subnotificação, o que pode explicar as menores taxas de casos.

No que se refere às vulnerabilidades vivenciadas por mulheres com diagnóstico de CA de mana, os resultados encontrados nessa pesquisa estão apresentados no Quadro 3. Tratam-se de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, levantados nos artigos, sem uma separação por tipo de vulnerabilidade. A base para a coleta de informações sobre vulnerabilidades foi construída ao longo da análise dos estudos de vários autores, como Almeida (2002), em que a vulnerabilidade surge para avaliar de forma objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam cada um de nós expostos a diversos problemas e quais as alternativas reais de proteção são ofertadas. A vulnerabilidade irá depender de diversos fatores, tais como: ambiente, valores pessoais, nível de exclusão social, cultural e econômica. Bastos e Szwarcwald (2000), explicita que as condições de adoecimento estão associadas a estigmas, contudo, a vulnerabilidade está relacionada a qualidade de vida, diante dos serviços ofertados, além da prática de prevenção.

Outros autores também corroboram com o mesmo pensamento sendo, para os autores Mann, Tarantola; Netter (1993), a vulnerabilidade pode estar estruturada de forma individual ou coletiva, podendo ser compreendida a vulnerabilidade social e programática. E segundo Ayres *et al.*, (1999, p. 51) a discussão sobre o conceito de vulnerabilidade surge através da “ampliação de horizontes que a vulnerabilidade imprime aos estudos, ações e políticas”. Dessa forma, os resultados que serão apresentados a seguir, em forma de síntese interpretativa, refletem as principais vulnerabilidades encontradas nos artigos, de forma generalista, conforme o apresentado no Quadro 3.

**Quadro 3 - Principais vulnerabilidades.**

<b>ID</b>	<b>VULNERABILIDADES</b>	<b>LOCAL</b>
A1	Perfil socioeconômico; Desigualdade racial; Classes sociais; Gênero/sexo feminino; Falta de acesso à informação; Falta de atividade física; Alterações psicológicas; Convívio social; Ausência de Políticas Públicas; Condições de acesso e desempenho dos serviços de saúde;	Sergipe



A2	Desigualdade racial; Características sociodemográficas; Desigualdades de acesso ao serviço de saúde Ausência da qualidade de vida; Baixa renda familiar (abaixo de um salário-mínimo); Baixa escolaridade; Falta de informação; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; Dificuldades de apoio social; Priorização dos grupos raciais; Demora no itinerário terapêutico;	Rio de Janeiro
A3	Perfil sociodemográfico; Gênero; Demora no itinerário terapêutico; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; Estrutura familiar; Rede de apoio social; Desigualdades na oferta de assistência especializada; Desigualdades no acesso as ações em saúde; Falta de informação;	Rio de Janeiro
A4	Perfil sociodemográfico; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; Estrutura das redes de atenção; Ausência de assistência especializada; Demora no itinerário terapêutico; Dificuldades das ações em saúde; Desigualdades de acesso ao serviço de saúde;	Rio de Janeiro
A5	Custo de tratamento; Gênero; Perfil sociodemográfico; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; Demora no itinerário terapêutico; Baixa escolaridade; Baixa renda familiar; Falta de informação; Ausência da rede de apoio; Estrutura da rede de atenção; Desigualdade racial;	Belo Horizonte
A6	Desigualdade racial; Renda familiar; Obesidade; Baixa qualidade de vida; Perfil sociodemográfico;	Rio de Janeiro
A7	Baixa renda familiar; Desigualdade racial; Perfil sociodemográfico; Baixa escolaridade; Ausência na realização de exames clínicos de mama; Implantação de Políticas Públicas;	Juiz de Fora – MG
A8	Desigualdade racial; Baixa escolaridade; Classe econômica; Ausência da cobertura na realização da mamografia; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; Desigualdade de acesso ao serviço de saúde;	Vitória – ES
A9	Baixa escolaridade; Estrutura família; Apoio social; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; Insegurança com o próprio corpo;	Minas Gerais

	Alterações psicológicas;	
A10	Atividade física; Desigualdade racial; Desigualdade de acesso ao serviço de saúde; Baixa renda familiar; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde;	Uberaba – MG
A11	Desigualdade racial; Renda familiar; Atividade física; Estrutura familiar;	Vitória – ES
A12	Desigualdade racial; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; Desigualdade de acesso ao serviço de saúde; Rastreamento do CA de mama; Estrutura da Redes de atenção;	Rio de Janeiro
A13	Baixa renda familiar; Estrutura da Redes de atenção; Demora no itinerário terapêutico; Desigualdade racial; Dificuldade de acesso ao serviço de saúde;	Juiz de Fora – MG
A14	Perfil sociodemográfico; Demora no itinerário terapêutico; Percepções de necessidade de saúde; Estrutura das redes de atenção; Ausência de Políticas Públicas; Ausência de cobertura e rastreamento do CA de mama;	Rio de Janeiro
A15	Dificuldade de acesso ao serviço de saúde; Demora no itinerário terapêutico; Baixa renda familiar; Baixa escolaridade; Ações de realização de mamografias; Qualidade de vida;	Maringá - PR
A16	Faixa etária/avanço da idade; Baixa escolaridade; Fumantes e ex-fumantes; Baixa renda; Impacto psicossocial.	São Paulo
A17	Desigualdades socioeconômicas; Desigualdades raciais; Desigualdades regionais; Baixa escolaridade; Falta de acesso à informação; Falta de orientações quanto a realização de exames preventivos; Ausência de investimentos nos serviços de saúde pública e de profissionais capacitados; Aspectos socioculturais.	Pelotas, RS
A18	Diferenças regionais no acesso para realização da mamografia; Desigualdades sociais; Baixa renda; Baixa escolaridade; Distância do local de realização ou tempo para agendamento da mamografia; Baixo grau de esclarecimento e entendimento da população; Fatores culturais e socioeconômicos.	Vitória, ES
A19	Limitações impostas pela cegueira; Mulheres cegas tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido as barreiras arquitetônicas e atitudinais (acessibilidade); Dificuldade ao acesso de informações; Déficit de conhecimento sobre detecção precoce do câncer de mama (estrutura da rede de atenção);	Campina Grande, PB

	Ausência de políticas públicas e programas que atendam as peculiaridades de maneira equânime, integral e universal deste grupo populacional; Mitos relativos ao desenvolvimento do câncer de mama.	
A20	Desigualdade social; Dificuldade de acesso aos serviços de saúde; Atendimento de baixa qualidade nos serviços de saúde; Ausência de consultas e recomendação médica para fazer o exame; Medo ou vergonha do exame e achar desnecessário; Baixa escolaridade; Baixa renda familiar; Falta de acesso à informação e recursos de saúde.	Florianópolis, SC
A21	Desigualdades regionais no acesso à detecção precoce e à cirurgia; Desigualdade social; Baixa cobertura mamográfica;	Rio de Janeiro
A22	Condições sociais e financeiras desfavoráveis; Inadequação do consumo alimentar; Necessidade de orientação e acompanhamento nutricional individualizado.	Minas Gerais
A23	Desigualdade social; Desigualdades regionais; Ausência de aparelhos especializados para o diagnóstico de câncer de mama; Dificuldade de acesso aos serviços de saúde/Distância do local de realização de exame mamográfico e dificuldade na marcação do exame por meio do SUS; Dificuldade ao acesso de informações.	Pelotas, RS
A24	Atraso no diagnóstico, realização de biópsia e tratamento específico; Baixa escolaridade; Classe econômica mais baixa.	Brasília, DF
A25	Danos ao domínio físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); Danos ao domínio social; Danos psicológicos; Baixa autoestima com o corpo.	São Luís, MA
A26	Desigualdade racial; Desigualdade socioeconômica; Baixa adesão às práticas de prevenção do câncer de mama; Baixo grau de instrução/baixo grau de escolaridade; Dificuldade de marcar o exame; Falta de orientações quanto a realização de exames preventivos; Receio de realizar o autoexame.	Teresina, PI
A27	Diagnóstico tardio e atraso na implantação do tratamento adequado; Histórico familiar de câncer de mama; Desigualdade socioeconômica.	Minas Gerais
A28	Desigualdade regional/Tempo de espera para conseguir uma consulta especializada e o procedimento cirúrgico; Desigualdade socioeconômica; Baixa escolaridade.	Fortaleza, CE
A29	Baixa renda familiar; Baixa escolaridade; Baixa adesão às práticas de prevenção do câncer de mama; Receio de realizar o autoexame; Dificuldade de acesso aos serviços de saúde.	São Luís, MA
A30	Baixa escolaridade; Ausência de conhecimento sobre os sintomas do câncer de mama e de seus exames de detecção precoce; Ausência de consultas e recomendação médica para fazer o exame; Fatores culturais, tabus, valores e crenças correlacionados ao autoexame; Ausência de ações educativas para as mulheres idosas que esclareçam a importância do autoexame e do exame clínico das mamas.	São Paulo, SP
A31	Sobrepeso e obesidade na pós-menopausa; Ausência de práticas de prevenção do câncer de mama;	Rio Grande do Sul

	Ausência de ações de educação nutricional/alimentar para esta população.	
--	--	--

**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores, (2022).

Contudo, ao analisar os achados, foram identificados agrupamento de vulnerabilidades que reaparecem de forma recursiva em diversos artigos e centram-se em questões de âmbitos individual, social e programático. Após identificar as vulnerabilidades apontadas pelos autores, as mesmas foram organizadas e distribuídas em um quadro, considerando as vulnerabilidades categorizadas em: individual, social e programática, segundo demonstra o Quadro 4.

**Quadro 4 - Síntese das vulnerabilidades individual, social e programática.**

<b>VULNERABILIDADE INDIVIDUAL</b>	<b>VULNERABILIDADE SOCIAL</b>	<b>VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA</b>
Gênero/sexo feminino;	Aspectos socioculturais (falta informação sobre a doença);	Falta de acesso à informação;
Falta de atividade física;	Perfil sociodemográfico;	Necessidade urgência de implementação de Políticas Públicas;
Alterações psicológicas;	Desigualdade racial;	Condições de acesso e desempenho dos serviços de saúde;
Ausência da qualidade de vida;	Classes sociais;	Desigualdades de acesso ao serviço de saúde;
Custo de tratamento individual;	Convívio social;	Dificuldades de apoio social;
Obesidade;	Estrutura familiar;	Priorização dos grupos raciais;
Baixa autoestima com o corpo;	Mitos relativos ao desenvolvimento do câncer de mama;	Demora no itinerário terapêutico;
Baixa adesão às práticas de prevenção do câncer de mama;	Baixa escolaridade;	Desigualdades na oferta de assistência especializada;
Histórico familiar de câncer de mama;	Desigualdades socioeconômicas;	Custo de tratamento;
Faixa etária/avanço da idade;	Diferenças regionais no acesso para realização da mamografia;	Estrutura da rede de atenção;
Fumantes e ex-fumantes;		Demora na realização de exames clínicos de mama;
Receio de realizar o autoexame;		Ausência de cobertura e rastreamento do CA de mama;
		Ausência de investimentos nos serviços de saúde pública e de profissionais capacitados;
		Ausência de políticas públicas de acessibilidade;
		Ausência de políticas públicas e programas que atendam as peculiaridades de maneira equânime, integral e universal;
		Necessidade de orientação e acompanhamento nutricional individualizado;

		Ausência de aparelhos especializados para o diagnóstico de câncer de mama;
		Mulheres cegas tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido as barreiras arquitetônicas e atitudinais (acessibilidade);

**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores (2022).

Cada categoria agrupa características associadas ao tipo de vulnerabilidade, tais como:

**1) Vulnerabilidade Individual:** Gênero/sexo feminino; Falta de atividade física; Alterações psicológicas; Ausência da qualidade de vida; Custo de tratamento individual; Obesidade; Baixa autoestima com o corpo; Baixa adesão às práticas de prevenção do câncer de mama; Histórico familiar de câncer de mama; Faixa etária/avanço da idade; Fumantes; Receio de realizar o autoexame.

**2) Vulnerabilidade Social:** Aspectos socioculturais; Perfil sociodemográfico; Desigualdade racial; Classes sociais; Convívio social; Estrutura familiar; Mitos relativos ao desenvolvimento do câncer de mama; Baixa escolaridade; Desigualdades socioeconômicas; Desigualdades regionais.

**3) Vulnerabilidade Programática:** Falta de acesso à informação; Necessidade urgente de implementação de Políticas Públicas; Condições de acesso e desempenho dos serviços de saúde; Desigualdades de acesso ao serviço de saúde; Dificuldade de apoio social; Priorização dos grupos raciais; Demora no itinerário terapêutico; Desigualdades na oferta de assistência especializada; Custo de tratamento; Estrutura da rede de atenção; Demora na realização de exames clínicos de mama; Ausência de cobertura e rastreamento do CA de mama; Ausência de investimentos nos serviços de saúde pública e de profissionais capacitados; Ausência de políticas públicas de acessibilidade; Ausência de políticas públicas e programas que atendam as peculiaridades de maneira equânime, integral e universal; Necessidade de orientação e acompanhamento nutricional individualizado; Ausência de aparelhos especializados para o diagnóstico de câncer de mama; Mulheres cegas tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido as barreiras arquitetônicas e atitudinais (acessibilidade).

Vale destacar que essa divisão categórica dos achados foi uma ferramenta utilizada pelos autores para orientar o processo de análise dos seus resultados, entretanto, os pesquisadores têm ciência que os agrupamentos de vulnerabilidades estão atrelados, fazendo com que um achado esteja compreendido em mais de um grupo. Dessa forma, não se pretende limitar ou determinar a identificação da vulnerabilidade a um único grupo.

Diante disso, ao se tratar dos achados encontrados no agrupamento de vulnerabilidade individual, foi possível identificar que as mulheres diagnosticadas com CA de mama estão propícias à ausência de uma boa qualidade de vida, e quando submetidas aos tratamentos propostos, estes acabam causando impactos negativos na vida dessas mulheres. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2000, p. 34). Dessa forma, observamos que há vários fatores que se interligam para a garantia de uma boa qualidade de vida.

Com o diagnóstico, durante e após o tratamento do câncer de mama, as mulheres tendem a ficar vulneráveis dentro da sua individualidade. Para Venâncio e Leal (2004), todo processo da doença, desde o seu diagnóstico são vivenciados pelo paciente e familiares como um momento de sentimentos intensos, no qual prevalecem a angústia, sofrimento e ansiedade. Nessa perspectiva, alguns fatores contribuem para uma piora na qualidade de vida e, conseqüentemente, a sua ausência. Dentre alguns achados desta revisão, em relação à vulnerabilidade individual, estão: alterações psicológicas; avanço da idade; baixa autoestima com o corpo, entre outros.

Dessa maneira, segundo Makluf; Dias; Barra (2006, p. 50), “o câncer da mama e seu tratamento, muitas vezes, mutilador podem conduzir a mulher a alterações na sua autoimagem, perda funcional, alterações psíquicas, emocionais e sociais”. Para Lotti *et al.* (2008), a percepção de imagem corporal das sobreviventes de câncer de mama está consideravelmente ligada a danos psicológicos como a depressão. Em um estudo realizado por Sales *et al.*, (2001), sobre a qualidade de vida das mulheres tratadas de câncer de mama, no que diz respeito ao funcionamento social, os autores apontam que apesar de a maioria das mulheres avaliarem positivamente a qualidade de vida, as mudanças no trabalho, lazer, relações familiares e sociais, acarretam em maior impacto psicológico do que os problemas físicos.

Outro achado relevante a se apontar nessa revisão foi o fato de muitas mulheres terem receio de realizar o autoexame por medo da doença. Esse fato pode estar relacionado aos aspectos socioculturais, como a falta de conhecimento e informação sobre a doença e mitos relativos ao desenvolvimento do câncer de mama. Gonçalves *et al.*, (2014) e Nigenda; Caballero; González-Robledo (2009), abordam em seus estudos que a falta de informação e os mitos sociais que são criados em torno da doença acarretam no diagnóstico tardio da neoplasia mamária. Tais aspectos estão interligados e abrangem desde a vulnerabilidade individual como também a social.

Os dados sobre a falta de informação sobre a doença foram organizados no agrupamento de vulnerabilidades sociais neste estudo, no qual foi possível identificar que mulheres com menor escolaridade e baixa renda familiar têm menos acesso à informação e aos serviços de saúde, o que frequentemente impactaria no diagnóstico tardio.

Esse fato pode ser devido às desigualdades socioeconômicas e desigualdades regionais no rastreamento do câncer de mama. Segundo Lopes *et al.* (2018, p. 3091), essas desigualdades são: “devido às dimensões continentais do país e à distribuição desigual de renda per capita, a maior possibilidade de ocorrência de diagnósticos precoces e instituição de terapêuticas adequadas estão nas regiões sul e sudeste do país”. Nesse ensejo, Oliveira *et al.* (2011, p. 3655), afirmam que “as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste apresentam maiores proporções de mulheres que residem longe de um mamógrafo”. Dessa maneira, percebe-se que há maior concentração geográfica de equipamentos e serviços de saúde para detecção precoce do câncer de mama nas regiões mais desenvolvidas do país.

Nesse sentido, “há grande defasagem em termos de cobertura de mamografia e biópsias em todo o país, especialmente nas regiões Norte e Nordeste” (SILVA *et al.*, 2014, p. 1548). Em um estudo de Silva *et al.*, (2017), os autores apontam que a existência de grandes desigualdades entre regiões, não é apenas para a realização da mamografia, mas que também abrangem etapas fundamentais como: acesso ao diagnóstico e ao tratamento para mulheres com exames de rastreamento suspeito.

Assim, ficam evidenciadas as diferenças sociais e regionais no acesso aos serviços de saúde, principalmente para realização da mamografia, pois como verificado por Silva *et al.* (2014, p. 1546), as “mulheres residentes em áreas metropolitanas apresentam uma chance três vezes maior de acesso à mamografia do que as residentes em outras áreas”. De acordo com Oliveira *et al.* (2011), mesmo que existam mamógrafos suficientes à disposição da população alvo, ainda assim seria necessário considerar a distribuição geográfica desses equipamentos, bem como número e a qualificação dos profissionais e mecanismos que possam garantir a utilização desse serviço, com relação à população e ao local.

Outro resultado do presente estudo, foi a constatação de desigualdades raciais entre mulheres acometidas por CA de mama, onde mulheres de cor branca tem melhor acesso ao diagnóstico precoce e rapidez em todo processo de itinerário terapêutico. Em um estudo realizado por Guimarães e Anjos (2012), apontam que mulheres de pele branca estão mais suscetíveis ao surgimento de neoplasias de mama, no entanto, apesar deste grupo apresentar maior prevalência para essa doença, o diagnóstico tardio é realizado mais frequentemente na população feminina afrodescendente.

No agrupamento de vulnerabilidades programática, evidenciaram-se demora na realização de exames clínicos de mama. Nesse sentido, Barros; Uemura; Macedo (2013, p. 459), declaram que: “as pacientes com câncer de mama tratadas em serviço público sofrem atrasos importantes, principalmente no período de diagnóstico de sua doença, destacando-se o período entre a suspeita mamográfica e a realização da biópsia”. Tal fato se entrelaça com a ausência de uma boa estrutura da rede de atenção, pois como afirmam os autores supracitados: “possivelmente, a falta de integração de todos os níveis de atenção e de interlocução entre todos os serviços e profissionais envolvidos no percurso das mulheres com câncer de mama também sejam fatores que contribuem para o atraso” (BARROS; UEMURA; MACEDO, 2013, p. 461).

Outros aspectos como a ausência de investimentos nos serviços de saúde pública e de profissionais capacitados foram observados como resultados desta pesquisa, destacando-se a dificuldade de infraestrutura adequada dos estabelecimentos de saúde. A respeito disso, Gonçalves *et al.* (2014, p. 397), afirma que: “em países em desenvolvimento, como o Brasil, as altas taxas de mortalidade estão relacionadas à escassez de recursos e infraestrutura, dificultando a detecção precoce e o tratamento da neoplasia”. Igualmente, as desigualdades na oferta de assistência especializada, também influenciam no atraso da detecção precoce e tratamento do CA de mama, porquanto ainda “há uma grande concentração de serviços credenciados no SUS de quimioterapia e radioterapia nas regiões Sudeste e Sul e uma ausência, quase total, na Região Norte” (SILVA *et al.*, 2014, p. 1546).

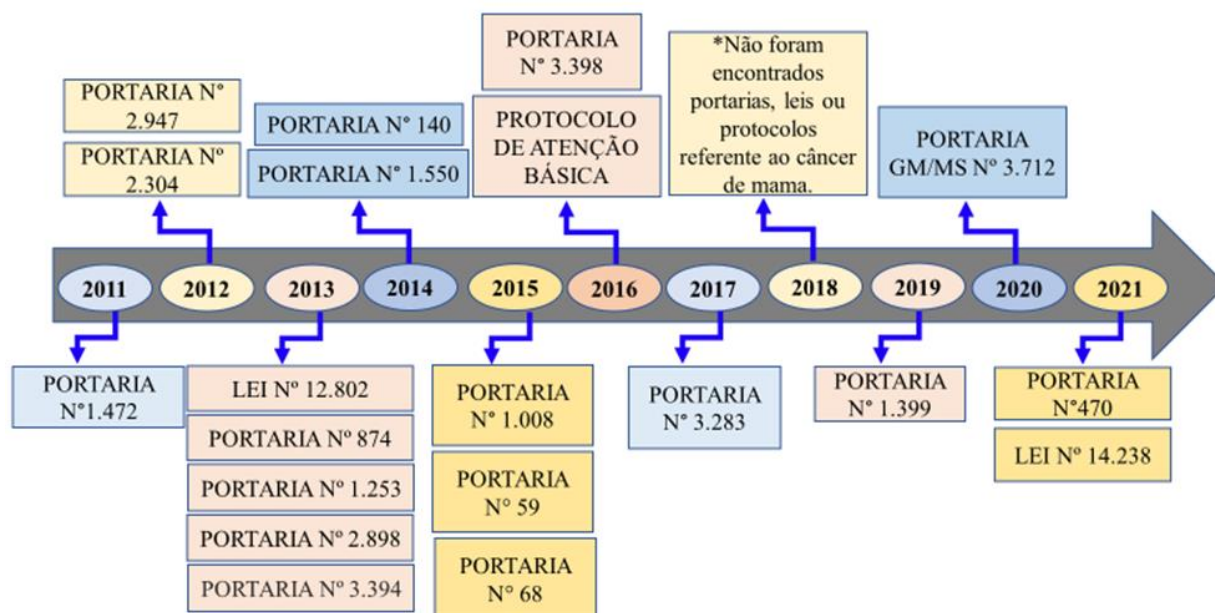
Por fim, dentre os achados correspondentes às vulnerabilidades programáticas, foi evidenciado a ausência de políticas públicas e programas que atendam às peculiaridades de maneira equânime, integral e universal de mulheres acometidas com neoplasia mamária. À luz dessa observação, percebe-se que não são levados em consideração os contextos sociais, econômicos e culturais em que essas mulheres estão inseridas. Porquanto, segundo Cabral *et al.* (2017, p. 52), essas “são políticas únicas que tratam todas as diferentes mulheres de forma igual, ou seja, de forma não equânime”.

No que se refere às políticas públicas estruturadas a partir de portarias, leis e protocolos nacionais relacionados ao CA de mama, entre os anos de 2011 a 2021 (Conforme descrito detalhadamente no Apêndice A), foi possível identificar que apesar do bom número de achados e dos objetivos impecáveis propostos, constatou-se, inevitavelmente, a existência de fragilidades na formulação dessas políticas, uma vez que a maior parte delas não consideram os diferentes cenários em que vivem as mulheres acometidas por este tipo de câncer, como áreas urbanas, rurais, ribeirinhas, indígenas, quilombolas, entre outros. Isso acaba impactando negativamente em diferentes contextos de acessibilidade dos serviços da rede de atenção à



saúde. A figura 1 sintetiza os achados de portarias, lei e protocolos a respeito do câncer de mama.

**Figura 1-** Portarias, Lei e Protocolo relacionados ao CA de mama entre 2011 a 2021.



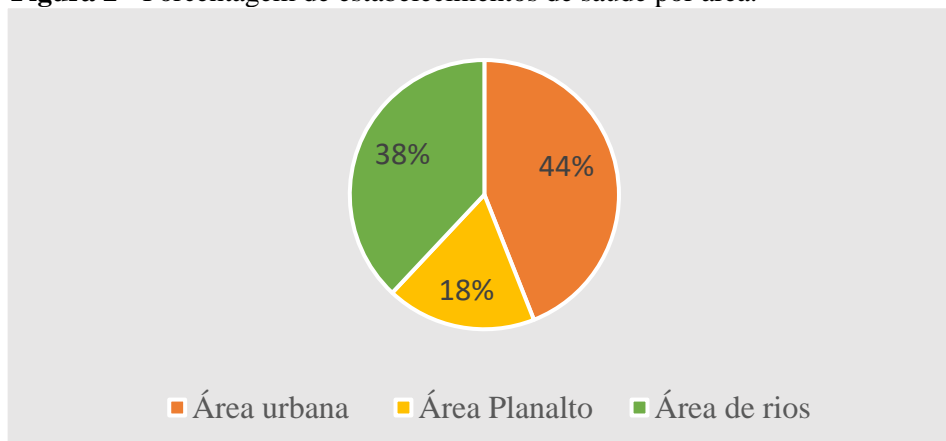
**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores, (2022).

Essa constatação pode ser observada no cenário vivenciado no município de Santarém, localizado no estado do Pará, região Norte do Brasil, o qual está inserido no contexto amazônico, que além de possuir um vasto território geográfico, ainda engloba uma expressiva diversidade sociocultural, com a presença de populações quilombolas, ribeirinhos e indígenas. Assim, essas populações estão sujeitas a grandes dispersões geográficas, uma das peculiaridades que torna difícil o acesso à rede de serviços de saúde, considerando que a maioria destes serviços estão concentrados dentro da área urbana dos municípios. Em vista disso, é notório que nem todos tem acesso de forma igual aos serviços de saúde, pois mesmo tendo políticas específicas para essas populações, estas são superficiais e formuladas sem a abrangência das especificidades locais.

Em consonância ao contexto apresentado, o município de Santarém (Conforme, descrito detalhadamente no Apêndice B), possui o total de 77 estabelecimentos de saúde, divididos em três esferas, sendo 71 estabelecimentos na Atenção Primária, correspondendo a 93% dos serviços ofertados, 4 estabelecimentos na Atenção Secundária, que equivale a 5% dos serviços e 2 estabelecimentos na Atenção Terciária, representando 2% dos serviços oferecidos,

sendo que estes serviços encontram-se distribuídos em área urbana (44%), área de planalto (18%) e área de rios (38%), conforme apresentado na Figura 2.

**Figura 2** - Porcentagem de estabelecimentos de saúde por área.



**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores, (2022).

Diante disso, fica perceptível que a maior quantidade de estabelecimentos está alocada na área urbana do município, ressaltando as vulnerabilidades já descritas anteriormente, por não atender de maneira equânime, integral e universal.

Ao se tratar dos serviços ofertados nesses estabelecimentos em saúde, na atenção primária, o município de Santarém oferta serviços, tais como: consultas individuais e coletivas feitas por médicos e enfermeiros, vacinação, pré-natal e puerpério, curativos, teste rápidos, rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo), prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis e de doenças infectocontagiosas, acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias, além do controle de tabagismo e ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade.

A Atenção Secundária é composta pelos Centros de Referências e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), além de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que envolvem serviços em áreas com diversas especialidades médicas. Em relação às unidades de pronto atendimento, estas se dedicam aos atendimentos de saúde de complexidade intermediária. Além disso, o SAMU que compõe a integração entre os dois níveis de atenção à saúde, presta os atendimentos de urgência e emergência. Acerca dos estabelecimentos de nível terciário, Santarém dispõe do Hospital Municipal de Santarém Dr. Alberto Tolentino Sotelo (HMS) e do Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna (HRBA), com atendimentos que demandam alta tecnologia em seu processo, tais como: os serviços oncológicos, procedimentos cirúrgicos, incluindo os transplantes, e tratamento oncológico.

No tocante à Rede de Atenção à Saúde da Mulher com suspeita de câncer de mama, no município de Santarém, o diagnóstico perpassa por todos os níveis de atenção à saúde, tais como: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Atenção Primária), Centro de Referência de Saúde da Mulher (Média Complexidade), e o Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna (Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia).

Nas UBS são realizadas as ações de promoção, prevenção e detecção precoce do câncer de mama, são nessas unidades que as pacientes realizam consultas médicas e garantem a requisição para exames caso ocorra suspeita de câncer de mama. Após a suspeita, a paciente é encaminhada ao Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM) para que haja uma investigação diagnóstica. No CRSM, os atendimentos são voltados para o acompanhamento, diagnóstico e tratamentos, a exemplo da realização de exames radiológicos, como ultrassonografia e mamografia, entre outros serviços.

Caso o diagnóstico de câncer de mama seja confirmado, a mulher é encaminhada para o tratamento no HRBA, um hospital considerado referência no tratamento oncológico na região. A unidade atende uma população estimada em mais de 1,1 milhão de pessoas residentes em 20 municípios da região oeste do Pará (HRBA, 2022).

Atualmente, o fluxo de demandas para tratamento de câncer mama no município também conta com o apoio de unidades sem fins lucrativos, como a Casa Rosa, que consiste em uma organização não governamental que atua em prol de mulheres diagnosticadas com o câncer de mama, tendo como objetivo acolher mulheres que estão em fase de tratamento, especialmente aquelas que não são domiciliadas no município. O espaço preparado, visa acolher principalmente, mulheres em situação de vulnerabilidade social que se deslocam de outros municípios para fazer tratamento oncológico em Santarém e que não possuem condições de pagar hospedagem (PORTAL GELEDÉS, 2016).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo propôs realizar uma análise acerca das Políticas Públicas no Brasil para a prevenção do câncer de mama, implementadas no período de 2011 a 2021. Para se atingir uma maior compreensão dessa análise, definiram-se três objetivos específicos. O primeiro consistiu em estruturar as políticas públicas nacionais referentes a prevenção do câncer de mama nos últimos 10 anos. O segundo almejou identificar através de uma revisão da literatura, as possíveis vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que acometem as mulheres

com câncer de mama. O terceiro buscou-se caracterizar a rede de atenção à saúde para a mulher com câncer de mama em âmbito municipal.

Isto posto, percebeu-se, por meio do levantamento de dados, a necessidade de inclusão de novas políticas e reorganização da rede de atenção oncológica brasileira, visto que estas se apresentam de forma generalistas, sem considerar as peculiaridades regionais e locais, o que acaba por fragilizar populações em vulnerabilidades aos altos índices subnotificação, mortalidade e má qualidade de vida.

Do mesmo modo, a pesquisa identificou por meio dos estudos bibliográficos, que o perfil sociodemográfico, condições de acesso, desempenho dos serviços de saúde, desigualdades regionais, falta de informações, entre outras vulnerabilidades, são os principais fatores associados às vulnerabilidades vivenciadas pela população feminina com câncer de mama. Diante dessa problemática, ressaltamos a necessidade de implementação efetiva das linhas de cuidado na rede de atenção oncológica, para que ocorra uma pactuação nos fluxos entre os níveis de atenção, de forma a agilizar o acesso e o processo na assistência integral à saúde da mulher.

Com relação às redes de serviços, notou-se inúmeras dificuldades enfrentadas por mulheres acometidas por essa neoplasia, sobretudo, àquelas residentes em áreas rurais e de planaltos, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, pois a maior parte dos estabelecimentos de saúde estão alocados na área urbana do município, deixando de proporcionar um atendimento com equidade e integralidade à população que precisa do serviço ofertado do Sistema Único de Saúde.

O presente trabalho constatou também a escassez de estudos referentes a essa temática, nomeadamente na região norte do Brasil. Notou-se, ainda, a falta de estrutura e investimentos nos níveis de atenção à saúde, tais fatores são limitantes para o cumprimento de leis, portarias e decretos, no tocante à realização de um melhor atendimento às pacientes com esse tipo de neoplasia. Contudo, vale ressaltar a importância das ações em saúde de detecção precoce, rastreamento e autocuidado, especialmente, as relacionadas à atenção básica, que desempenham um papel social e humano muito nobre, mas que, por falta de valorização e investimentos necessários, seja em infraestrutura, seja em vias de incentivos à capacitação profissional, acabam não conseguindo atender a população da forma ideal.

Portanto, como forma de visibilizar os problemas elencados durante esse estudo, sugere-se: ampliação do rastreamento para pacientes que possuem alto risco; criação de novos centros de referências que sejam especializados para receber pacientes oncológicos; gestão eficiente dos recursos públicos em saúde para o alcance da promoção integral, prevenção e

tratamento; inclusão e readequação de novos decretos, políticas, leis que atendam a atenção oncológica holisticamente.

Em síntese, neste estudo, ao fazer um paralelo entre políticas públicas para a prevenção do câncer de mama, a revisão integrativa da literatura sobre as vulnerabilidades que estão presentes nos diversos contextos de vida de milhares de mulheres acometidas com essa neoplasia, e os serviços ofertados em âmbito municipal, constatou-se que apesar de um vasto conhecimento sobre a malignidade do câncer de mama, as políticas públicas em 10 anos destinadas à população alvo são generalistas e fragilizadas, e não suprem as necessidades dos muitos cenários em que estas mulheres estão inseridas, esse fato corrobora com as dificuldades vivenciadas no acesso aos serviços de saúde nas variadas regiões do país. Na região estudada, existe um aglomerado dos serviços de saúde na área urbana e precariedade desses serviços nas áreas planalto e rural. E em vista disso, potencializam um grande número de vulnerabilidades em saúde que acometem as mulheres, elevando o auto índice de mortalidade por câncer de mama.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (ed.). **Textbook of Cancer Epidemiology**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.

ALBUQUERQUE, E. M.; BAESSA, A. R.; KIRDEIKAS, J. C.V.; SILVA, L. A.; RUIZ, R. M. Produção científica e tecnológica das regiões metropolitanas brasileiras. **Revista de Economia Contemporânea**, v.9, n.3, p.615-642, 2005.

ALMEIDA, C. C. L. Risco e saúde reprodutiva: A percepção dos homens de camadas populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 797-805, 2002.

ALMEIDA, M. M. M.; ALMEIDA, P. F.; Melo, E. A. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, v. 24, n.1, p. 1-16, 2020.

AGUIAR, S. S. et al. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Risco de Comorbidade Cardiovascular ao Diagnóstico de Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 3, p. 1-7, 2019.

AYRES, J. R.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI-FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: D. Czeresnia (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO, J. L. S. de. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, V.35, n. 10, p. 458-463, 2013.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 65-76, Rio de Janeiro, 2000.

BERTOLOZZI, M. R.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P.; VAL, L. F.; GUANILLO, M. C. L. T. U.; PEREIRA, É. G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1326-1330, 2009.

BEZERRA, K. B. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1933-1941, 2013.

Borges, Z. S.; WEHRMEISTER, F. C.; GOMES, A. P.; GONÇALVES, H. Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **REV. BRAS. EPIDEMIOL**, v. 19, n.1, p. 1-13, 2016.

BURANELLO, M. C. et al. Prática de exames de rastreamento para câncer de mama e fatores associados – Inquérito de Saúde da Mulher em Uberaba MG, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2661-2670, 2018.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. Brasília-DF, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Lei nº 13.104, de 09 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília- DF, 2015. Disponível no em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm). Acesso em: 07 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acesso em: 18 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 59, de 1 de outubro de 2015**. Brasília-DF, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2015/prt0059\\_01\\_10\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2015/prt0059_01_10_2015.html). Acesso em: 18 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 2. reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em 04 dez. 2021.

BRIZOLA, J.; FANTIN, N. Revisão da literatura e revisão sistemática da literatura. **Revista de Educação do Vale do Arinos-RELVA**, v. 3, n. 2, 2016.

BROCHONSKI, J. W.; RODRIGUES, S. A.; MANZOTTI, C. A. S.; BERNUCI, M. P. Perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama no município de Maringá-PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 51-58, 2017.

CABRAL, A. L. L. V.; GIATTI, L.; CASALE, C.; CHERCHIGLIA, M. L. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 613-622, 2019.

CABRAL, A. L. L. V.; GIATTI, L.; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A.; CHERCHIGLIA, M. L. Narrativas da desigualdade: atenção ao câncer de mama em uma capital brasileira. In: CABRAL, Ana Lúcia Lôbo Vianna. **Mulheres com câncer de mama em belo horizonte: perfil, trajetória e narrativas sobre o cuidado**. 2017. 159f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, junho de 2017.

CAMPOS, M. S.; TEIXEIRA, S. M. Gênero, família e proteção social: desigualdades fomentadas pela política social. **Revista Katálysis**, v. 13 n.1, p. 20-28, Florianópolis, janeiro, 2010.

CAVALCANTI, L. P. G. et al. Assistência em Mastologia em uma Unidade de Referência do Sistema Único de Saúde no Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 4, p. 603-609, 2012.

CHIARINI, T.; OLIVEIRA, V. P.; SILVA-NETO, F. C. C. Spatial distribution of scientific activities: An exploratory analysis of Brazil, 2000-10. **Science and Public Policy**, v.41, n.5, p.625-640, 2014.

CORDEIRO, L. A. M.; NOGUEIRA, D. A.; GRADIM, C. V. C. Mulheres com neoplasia mamária em quimioterapia adjuvante: avaliação da qualidade de vida. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-7, 2018.

COSTA, R. C.; GONÇALVES, J. R. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 4, p. 119-142, 2019.

CRUZ, G. K. P. et al. Retirando as vendas: conhecimento de mulheres cegas sobre câncer de mama. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 7, n. 2, p. 2486-2493, 2015.

DINIZ, C. C.; GONÇALVES, E. Economia do conhecimento e desenvolvimento regional no Brasil. In: Diniz, C.C.; Lemos, M.B. (Ed.). **Economia e território**. Belo Horizonte: UFMG, p.131-168, 2005.

DOURADO, C. S. et al. Associação entre eventos de vida pós diagnóstico de câncer de mama e metástase. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 471-479, 2018.

FERRARI, Y. A. C.; FONTES, P. J. de O.; ANDRADE, T. S. F.; SANTOS, I. H. A.; CAVALCANTE, A. B. Internações por neoplasia maligna da mama nas regiões brasileiras no período de 2014 a 2018. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 13, p. 711-716, 2021.

FIGUEIREDO, I; NORONHA, R. L. A vulnerabilidade como impeditiva/ restritiva do desfrute de direitos. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, 4, p. 129-146, 2008.



FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.:33-38, 2000.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, Goiânia, Goiás, 2017.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p.:549-545, 2004.

GARCIA, Carla Cristina. **Breve Histórico Feminista no Brasil**. 2015. Disponível em: <https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2015/08/Capitulo-brasil-historia-do-feminismo.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2021.

GONÇALVES, L. L. C.; TRAVASSOS, G. L.; ALMEIDA, A. M.; GUIMARÃES, M. D. N.; GOIS, C. F. L. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 394-400, 2014.

GONÇALVES, R. M.; DOMINGOS, I. M. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)**, v. 11, n. 1, p. 99-108, 2019.

GUIMARÃES, A. G. C.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 4, p. 581–592, 2012.

HRBA. Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna. **Quem somos**. 2021. Disponível em: <https://hrba.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 09 dez. 2021.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de mama**. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 06 dez. 2021.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de mama: é preciso falar disso**. Ministério da Saúde – Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/cartilha-cancer-de-mama-vamos-falar-sobre-isso2014.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2021.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção Precoce**. Ministério da Saúde – Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/deteccao-precoce#:~:text=As%20estrat%C3%A9gias%20para%20a%20detec%C3%A7%C3%A3o,de%20identificar%20altera%C3%A7%C3%B5es%20sugestivas%20de>. Acesso em: 06 dez. 2021.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce do câncer**. Ministério da Saúde – Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2021.

KOCHE, José Carlos. **Fundamentos da metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 34ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

KORNIJEZUK, Natália Peres. **Do programa ao plano: a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa**. 2015. 91f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre - RS, 2015.

LAGES, R. B. et al. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 15, n. 4, p. 737-47, 2012.

LEÃO, B. B. V.; PEDROZO, L. H. B. O. A evolução legislativa dos direitos femininos pós Constituição Federal de 1988 e a sua relação com os movimentos feministas. **Histórias e teorias críticas do direito**, v. 1, p. 20-40, 2018. Disponível em: <https://siacrid.com.br/repositorio/2018/historia-e-teorias-criticas-do-direito.pdf#page=20>. Acesso em: 15 de nov. 2021.

LIMA, M.; SCHARAIBER, L. B. Violência e outras vulnerabilidades de gênero em mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 947-960, 2013.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, 2011.

LITVOC, J.; DERNTL, A. M. Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações. In: CIANCIRULO, T.I.; *et al.* (Orgs). **Saúde da família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 268-318.

LOPES, J. V.; BERGEROT, C. D.; BARBOSA, L. R.; CALUX, N. M. de C. T.; ELIAS, S.; ASHING, K. T.; DOMENICO, E. B. L. de. Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n. 6, p. 2916-21, 2018.

LOTTI, R. C. B.; BARRA, A. de A.; DIAS, R. C.; MAKLUF, A. S. D. Impacto do Tratamento de Câncer de Mama na Qualidade de Vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde Biblioteca Virtual em Saúde. Saúde Pública Brasil. Projeto: Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública – ITD. São Paulo: FIOCRUZ, julho de 2004. Disponível em: [http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Politicass\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf). Acesso em: 15 nov. 2021.

MAGALHÃES, G. et al. Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 9, n. 2, p. 473-479, 2017.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. de A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 49–58, 2006.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Orgs.). **A AIDS no mundo: história social da AIDS**. Rio de Janeiro: Relumé Dumará: ABIA:IMS, UERJ, 1993. 321 p.

MEDEIROS, Patrícia Flores de. **Políticas da vida: entre saúde e mulher**. 2008. 113 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MEDEIROS, G. C. et al. Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um Estudo de Coorte com 204.130 Casos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 3, p. 1-12, 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, out-dez, 2008.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G. A.; DIAS, M. B. K.; DIZ, M. D. P. E.; SANT'ANA, D. R.; NADANOVSKY, P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1-16, Rio de Janeiro, 2018.

NIGENDA, G.; CABALLERO, M.; GONZÁLEZ-ROBLEDO, L. M. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. **Salud pública de México**, v. 51, p. s254-s262, 2009.

NOGUEIRA, M. C. et al. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 9, p. 1-15, 2018.

NUNES, Paula de Castro. **As iniquidades no acesso das pacientes com câncer de mama à rede pública de saúde do município de Niterói-RJ**. 2015. 140f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina. Niterói-RJ, 2015.

OLIVEIRA, E. X. G.; PINHEIRO, R. S.; MELO, E. C. P.; CARVALHO, M. S. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.

OLIVEIRA, D. R. et al. Avaliação nutricional de pacientes com câncer de mama atendidas no Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas, Belo Horizonte (MG), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1573-1580, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guide to cancer early diagnosis**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-%20eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 nov. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Detecção precoce**. Genebra: OMS, 2007. (Controle do câncer: conhecimento em ação: guia da OMS para programas eficazes, módulo 3). Disponível

em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43743/9241547338_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 15 nov. 2021.

PARKER, R.; CAMARGO-JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. sup. 1, p.: 89-102, Rio de Janeiro, 2000.

PARÁ. Secretaria de Saúde Pública (SESPA). **Plano Estadual de Saúde do Pará 2020-2023**. Belém, 2019, p. 207. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/download/plano-estadual-de-saude-2020-2023/>. Acesso em: 09 dez. 2021.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 3, p. 72–80, Rio de Janeiro, 2005.

PIMENTA, Fabrícia Faleiros. **Políticas feministas e os feminismos na política: o conselho nacional dos direitos das mulheres (1985-2005)**. 2010. 328F. Teses (Doutorado em História) - Universidade de Brasília, Biblioteca central. Brasília-DF. 2010.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 434-438, 2009.

PORTAL GELEDÉS. **‘Casa Rosa’ vai acolher mulheres com câncer de mama em Santarém, PA**. 2016. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/casa-rosa-vai-acolher-mulheres-com-cancer-de-mama-em-santarem-pa/>. Acesso em: 09 dez. 2021.

REIS, Elaine Cristiny Evangelista dos. **Diversidade, sexualidade e especificidade cultural em materiais educativos: caracterização e análise do contexto sociocultural e da rede de ensino em Santarém, Pará**. 2021. 211 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Santarém-PA, 2021.

REZENDE, Magda Côrtes Rodrigues. **Causas do diagnóstico tardio no câncer de mama**, 2010. 63f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Radiologia, Rio de Janeiro, 2010.

RENCK, D. V. et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 88-96, 2014.

ROCHA, S.; VIEIRA, A.; LYRA, J. Silenciosa convivência: Mulheres e AIDS. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 11, p. 119-141, 2013.

RODRIGUES, G. M.; CARMO, C. N.; BERGMANN A.; MATTOS, I. E. Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 30, n. 3, p. 1-12, 2021.

RODRIGUES, T. B. et al. Sobrerrastreio mamográfico: avaliação a partir de bases identificadas do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 1-8, 2019.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 109-112, 1998.

ROSA, Luciana Martins da. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2011. 182f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis-SC, 2011.

SADOVSKY, A. D. I. et al. Índice de Desenvolvimento Humano e prevenção secundária de câncer de mama e colo do útero: um estudo ecológico. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 31, n. 7, p. 1539-1550, 2015.

SCHNEIDER, I. J. C. et al. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p.1987-1997, 2014.

SALES, C. A. C. C.; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D.; ANJOS, A. C. Y. Qualidade de Vida de Mulheres Tratadas de Câncer de Mama: Funcionamento Social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 263–272, 2001.

SANTANA, Cleonice Florindo. **Discriminação de gênero: A ascensão dos direitos femininos no Brasil**. 2017. 32f. Artigo (Bacharelado em Direito) - Faculdade Evangélica de Goianésia-GO, 2017.

SANTARÉM, Prefeitura Municipal de. Santarém Turismo. **História de Santarém**. Santarém, 2022. Disponível em: <https://turismo.santarem.pa.gov.br/historia-de-santarem>>. Acesso em: 14 de maio de 2022.

SANTOS, Rarisson dos. **A luta pelos direitos femininos sob a ótica dos tratados internacionais: o caso Malala**. 2018. 48f. Monografia (Bacharelado em Direito) - Universidade Evangélica de Goiás, Anápolis-DF, 2018.

SANTOS, G. D.; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2533-2540, 2011.

SILVA, R. P.; GIGANTE, D. P.; AMORIM, M. H. C.; LEITE, F. M. C. Fatores associados à realização de mamografia em usuárias da atenção primária à saúde em Vitória, Espírito Santo. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 1-11, 2019.

SILVA, G. A. S.; TEXEIRA, M. T. B.; AQUINO, E. M. L.; TOMAZELLI, J. G.; SILVA, I. S. 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. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n. 7, p.1537-1550, 2014.

SILVA, G. A.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista de Saúde Pública**, v.51, sup.1, p.1-9, 2017.

SILVA, M. M.; SILVA, V. H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. **Arquivos Médicos do ABC**, Santo André, v. 30, n. 1, p. 11-18, 2005.

SIMÕES, Patrícia Passos. **Caracterização e Predição da Mortalidade Materna em Municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro no Período de 2000–2002**. 2008. 142f. Tese (Doutorado em Engenharia Biomédica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, dezembro de 2008.

SOUZA, C. B.; FUSTINONI, S. M.; AMORIM, M. H. C.; ZANDONADE, E.; MATOS, J. C.; SCHIRMER, J. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p.: 3805-3816, 2015.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, p. 20-45, 2006.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, V. O.; GRANDO, J. P. S.; COUTO-FILHO, J. D'O. Tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento, em pacientes atendidas no Instituto de Câncer de Londrina (ICL). **Revista Brasileira de Medicina**, v. 65, n. 5, 2008.

SOARES, P. B. M. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 595-604, 2012.

SUZIGAN, W.; ALBUQUERQUE, E. The underestimated role of universities for the Brazilian system of innovation. **Brazilian Journal of Political Economy**, v.31, n.1, p.3-30, 2011.

TEDESCO, S.; LIBERMAN, F. O que fazemos quando falamos em vulnerabilidade. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 2, p. 254-260, abr/jun, 2008.

TOMAZELLI, J. G.; SILVA, I. S.; SILVA, G. A. Trajetória de Mulheres Rastreadas para o Câncer de Mama na Rede Pública de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 4, p. 517-526, 2018.

TOMAZELLI, J. G.; SILVA, I. S.; SILVA, G. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n.4, p. 713-724, 2017.

TURMEN, T. Gender and HIV/aids. **Internacional jopurnal of Gynecoly and**

VENÂNCIO, J. L.; LEAL, V. M. S. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 55–63, 2004.

VERGARA, Sylvia Constat. **Projetos e relatórios de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

ZANCHIN, F. C. et al. Estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama atendidas em um serviço de mastologia no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. HCPA**, v. 31, n. 3, p. 336-344, 2011.

ZONTA, Ronaldo *et al.* **Rastreamento, check-up e prevenção quaternária**. Florianópolis: UFSC, 2017. E-book. Disponível em: <https://www.docsity.com/pt/ufsc-rastreamentocheck-up-e-prevencao-quaternaria/5038900/>. Acesso em: 15 nov. 2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – PORTARIAS, LEI E PROTOCOLO RELACIONADOS AO CA DE MAMA ENTRE 2011 A 2021

N	Portaria/ Lei/Protocolo	Ano	Objetivo
1.	PORTARIA Nº 1.472	2011	Institui o Comitê de Mobilização Social e o Comitê de Especialistas para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama e formaliza a Rede Colaborativa para qualificar o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero.
2.	PORTARIA Nº 2.304	2012	Institui o Programa de Mamografia Móvel no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
3.	PORTARIA Nº 2.947	2012	Atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.
4.	LEI Nº 12.802	2013	Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer
5.	PORTARIA Nº 874	2013	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).
6.	PORTARIA Nº 1.253	2013	Altera atributos de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.
7.	PORTARIA Nº 2.898	2013	Atualiza o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM).
8.	PORTARIA Nº 3.394	2013	Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
9.	PORTARIA Nº 1.550	2014	Redefine as regras e os critérios para o credenciamento de instituições e para apresentação, recebimento, análise, aprovação, execução, acompanhamento, prestação de contas e avaliação de resultados de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD).
10.	PORTARIA Nº 140	2014	Redefine os critérios e parâmetros para a organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
11.	PORTARIA Nº 1.008	2015	Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama.
12.	PORTARIA Nº 59	2015	Torna pública a decisão de aprovar as Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
13.	PORTARIA Nº 68	2015	Torna pública a decisão de não ampliar o uso da mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomáticas com risco habitual fora da faixa etária atualmente recomendada (50 a 69) anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
14.	PROTOCOLO DE ATENÇÃO BÁSICA	2016	Ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais.
15.	PORTARIA Nº 3.398	2016	Publica a relação dos hospitais habilitados na Alta Complexidade em Oncologia classificados no porte A, B ou C.



16.	PORTARIA N° 3.283	2017	Altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, arts. 668 a 678 que versam sobre o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).
17.	PORTARIA N° 1.399	2019	Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
18.	PORTARIA GM/MS N° 3.712	2020	Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde.
19.	PORTARIA N°470	2021	Mantém procedimentos e atualiza normas de autorização, registro e controle de procedimentos de quimioterapia e de radioterapia da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses, e Materiais Especiais do SUS.
20.	LEI N° 14.238	2021	Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências.

**Fonte:** Catalogado, sintetizado e elaborado pelos próprios autores (2022).

**APÊNDICE B – TIPO DE ESTABELECIMENTO NO MUNICÍPIO DE  
SANTARÉM/PARÁ**

<b>CNES</b>	<b>Estabelecimento – Atenção Primária</b>	<b>Endereço</b>	<b>CEP</b>	<b>Área</b>
2330113	CENTRO DE SAÚDE APARECIDA/CARANAZAL	TRAVESSA BARJONAS DE MIRANDA	68040085	URBANA
2621789	CENTRO DE SAÚDE ARITAPERÁ	VILA DE COSTA DO ARITAPERÁ	68025070	RIOS
2621827	CENTRO DE SAÚDE BOCA DE CIMA DO ARITAPERÁ	ARITAPERÁ S/N	68005270	RIOS
2622211	CENTRO DE SAÚDE COSTA DO TAPARA	COMUNIDADE COSTA DO TAPARA (VARZEA)	68005270	RIOS
2330229	CENTRO DE SAÚDE DA NOVA REPÚBLICA	AVENIDA TANCREDO NEVES S/N	68025760	URBANA
2621983	CENTRO DE SAÚDE DE BOIM	VILA DE BOIM S/N (RIO TAPAJÓS)	68005270	RIOS
2622068	CENTRO DE SAÚDE DE CACHOEIRA DO ARUÁ	COMUNIDADE CACHOEIRA DO ARUÁ (ARAPIUNS) S/N	68005270	RIOS
2621711	CENTRO DE SAÚDE DE CURI	COMUNIDADE DE CURI (CURI ARAPIUNS) S/N	68005270	RIOS
2622173	CENTRO DE SAÚDE DE CURUAI	VILA DE CURUAI S/N (LAGO GRANDE)	68125000	RIOS
2330237	CENTRO DE SAÚDE DE FÁTIMA	AV TAPAJOS N 1587 (ALDEIA)	68040002	URBANA
2622092	CENTRO DE SAÚDE DE GUAJARÁ	VILA DO GUAJARÁ S/N (RIO AMAZONAS)	68005270	RIOS
2621975	CENTRO DE SAÚDE DE INANU	COMUNIDADE DE INANU S/N (LAGO GRANDE)	68005270	RIOS
2330024	CENTRO DE SAÚDE DE MAPIRI/ LIBERDADE	AV PRESIDENTE KENNEDY S/N (MAPIRI)	68005270	URBANA
2621673	CENTRO DE SAÚDE DE PAISSANDU	LAGO GRANDE S/N (LAGO GRANDE)	68125000	RIOS
2621991	CENTRO DE SAÚDE DE PIRAQUARA	LAGO GRANDE S/N (LAGO GRANDE)	68005270	RIOS
2622025	CENTRO DE SAÚDE DE PRAINHA DO MARO	COMUNIDADE DE PRAINHA S/N (ARAPIUNS)	68123000	RIOS
2329956	CENTRO DE SAÚDE DE SANTANA	AV PEDRO GENTIL S/N (SANTANA)	68005270	URBANA
2621835	CENTRO DE SAÚDE DE SÃO CIRIACO	COMUNIDADE DE SÃO CIRIACO S/N (RIO AMAZONAS)	68005270	RIOS
2621916	CENTRO DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL	COMUNIDADE DE SÃO MIGUEL S/N (ARAPIUNS)	68005270	RIOS
2621940	CENTRO DE SAÚDE DE SÃO PEDRO	VILA DE SÃO PEDRO S/N (ARAPIUNS)	68005270	RIOS

2622009	CENTRO DE SAÚDE VILA GORETE	VILA GORETE S/N (ARAPIUNS)	68005270	RIOS
2621967	CENTRO DE SAÚDE DE VILA SOCORRO	LAGO GRANDE S/N (LAGO GRANDE)	68005270	RIOS
2330326	CENTRO DE SAÚDE DO AEROPORTO VELHO	TV CEARÁ S/N (AEROPORTO VELLHO)	68005270	URBANA
2621703	CENTRO DE SAÚDE DO AJAMURI	AJAMURI S/N (LAGO GRANDE)	68005270	RIOS
6794092	CENTRO DE SAÚDE DO JADERLANDIA	RUA A JADERLANDIA S/N (JADERLANDIA)	68045210	URBANA
2329948	CENTRO DE SAÚDE DO LIVRAMENTO	RUA TUPAIULANDIA S/N (LIVRAMENTO)	68005270	URBANA
2621851	CENTRO DE SAÚDE DO MENTAI	COMUNIDADE DE SANTA ROSA DO MENTAI S/N (RIO ARAPIUNS)	68005270	RIOS
2621800	CENTRO DE SAÚDE DO PARAUA	COMUNIDADE DO PARAUA S/N (RIO TAPAJOS)	68005270	RIOS
2330318	CENTRO DE SAÚDE DO SANTARENZINHO	AV TOMÉ DE SOUSA S/N (SANTARENZINHO)	68005270	URBANA
2330210	CENTRO DE SAÚDE DO TAPARA GRANDE	COMUNIDADE TAPARA GRANDE S/N (RIO AMAZONAS)	68005270	RIOS
2330253	CENTRO DE SAÚDE JARDIM SANTARÉM	AV VERBENA S/N (JARDIM SANTARÉM)	68005560	URBANA
3983285	CENTRO DE SAÚDE SANTA CLARA	TV DOM AMANDO N1011 (SANTA CLARA)	68005330	URBANA
6996868	CENTRO DE SAÚDE SANTÍSSIMO/PRAINHA	RUA DO NORTE N 41 (SANTÍSSIMO)	68010620	URBANA
7438850	CONSULTORIO NA RUA	RUA 07 DE SETEMBRO N 692 (APARECIDA)	68040610	URBANA
0224642	UNIDADE BASICA DE SAÚDE CORTA CORDA	COMUNIDADE CICERO MENDES REGIÃO CURUA-UNA S/N (CICERO MENDES)	68010100	RIOS
7218265	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA CONQUISTA	RUA OLAVO BILAC S/N (CONQUISTA)	68005070	URBANA
2622017	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DE ANA	COMUNIDADE DE ANA S/N (ARAPIUNS)	68005270	RIOS
2621932	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DE COSTA DO ARITAPERA	VILA DE COSTA DO ARITAPERA S/N (ARITAPERA)	68005270	RIOS
2621843	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DE IGARAPÉ DO COSTA	COMUNIDADE DE IGARAPÉ DO COSTA S/N (ARITAPERA)	68005270	RIOS

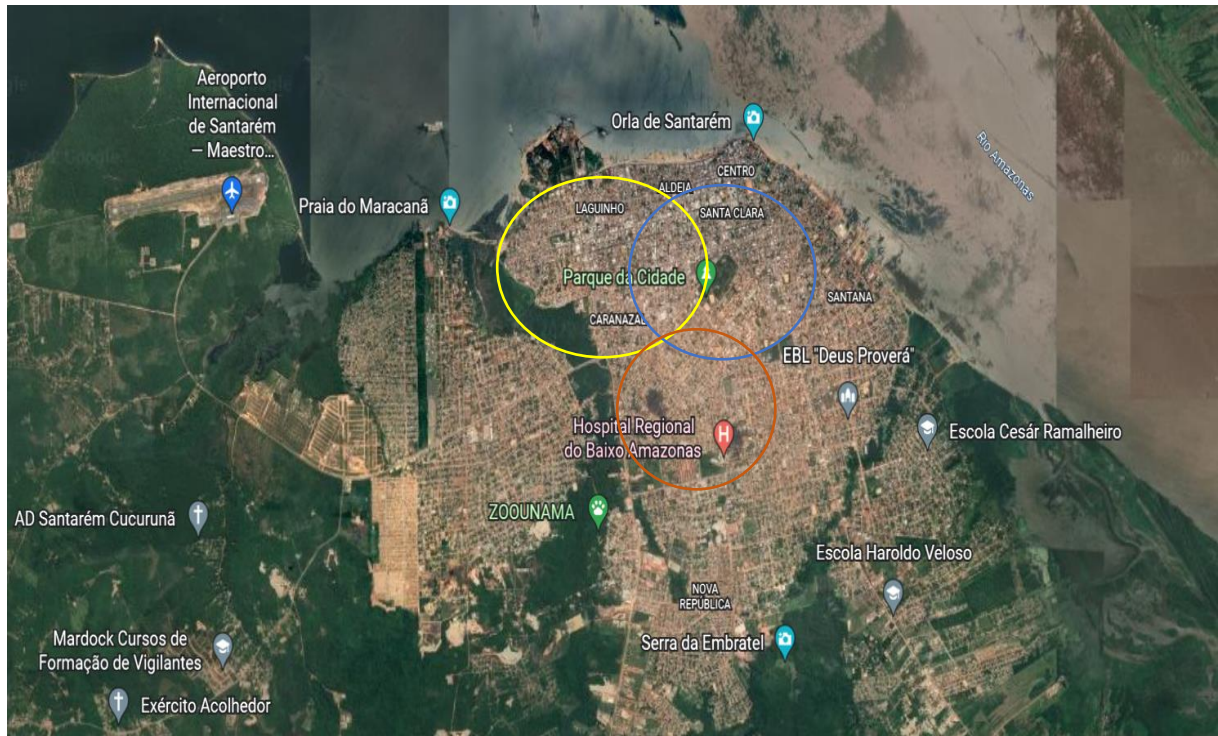
2330016	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DE SANTARÉM MIRIM	COMUNIDADE SANTARÉM MIRIM N 343 (CURUA-UNA)	68005270	PLANALTO
2621746	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DE SURUACA	COMUNIDADE DE SURUACA S/N (RIO TAPAJÓS)	68005270	RIOS
2621819	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DE SURUCUA	SURUCUA S/N (RIO TAPAJÓS)	68005270	RIOS
9047409	UNIDADE BASICA DE SAÚDE JUTAI/URUMARI	RUA MARINGÁ S/N (JUTAÍ)	68020105	URBANA
7805810	UNIDADE BASICA DE SAÚDE PRISIONAL CUCURUNÃ	RODOVIA PA 457 KM02 S/N (CUCURUNÃ)	68020990	PLANALTO/EIXO FORTE
7648367	UNIDADE BASICA DE SAÚDE SANTO ANDRE	AV EDIVALDO LEITE S/N (SANTO ANDRÉ)	68022160	URBANA
7533853	UNIDADE BASICA DE SAÚDE VITORIA REGIA	TV JADER BARBALHO S/N (VITÓRIA RÉGIA)	68041020	URBANA
6677630	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AREA VERDE	RUA PIAUI N 68 (ÁREA VERDE)	68020670	URBANA
2330202	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOA ESPERANÇA	RODOVIA SANTARÉM CURUA-UMA KM1143 S/N (BOA ESPERANÇA)	68005270	PLANALTO
2330105	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA FLORESTA	AV UIRAPURU S/N (FLORESTA)	68025730	URBANA
2330121	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTER DO CHÃO	RUA LAURO SODRÉ S/N (ALTER DIO CHÃO)	68109000	PLANALTO/EIXO FORTE
2622033	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MARARU	RUA PRESIDENTE COSTA E SILVA S/N (MARARU)	68040070	URBANA
3736644	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE TABOCAL	AV SANTARÉM CUIABÁ S/N (PLANALTO)	68005560	PLANALTO
0224634	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO AMPARO	TV DUQUE DE CAXIAS N 147 (AMPARO)	68035620	URBANA
2329999	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO JACAMIN	RODOVIA CURUA-UNA N 20 (PLANALTO)	68005270	PLANALTO
8002800	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MARACANÃ	RUA VERA PAZ S/N (NOVA VITÓRIA)	68035110	URBANA
5197988	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. EVERALDO SOUSA MARTINS	RODOVIA SANTARÉM CURUA-UMA KM 59 S/N (COMUNIDADE GUARANÁ)	68113000	PLANALTO
3736695	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ENF. PATRICIA COELHO RODRIGUES	AV TRANSMÁICA S/N (URUARÁ)	68015250	URBANA
2330288	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ENF. MARIA DE FATIMA MAIA DUARTE	BR 163 S/N (CIPOAL)	68005270	PLANALTO
2330245	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESPERANÇA	RUA BOA ESPERANÇA N 259 (ESPERANÇA)	68030200	URBANA

7361440	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA INTERVENTORIA	TV TAMOIOS S/N (INTERVENTORIA)	68010020	URBANA
2622084	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MAICA	AV SÃO CRISTOVÃO S/N (MAICÁ)	68005270	URBANA
2330032	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MATINHA	AV SANTARÉM CUIABA KM02 S/N (MATINHA)	68030110	URBANA
7780192	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOVA ESPERANÇA DO ITUQUI	COMUNIDADE NOVA ESPERANÇA DO ITUQUI S/N (COMUNIDADE ESPERANÇA DO ITUQUI)	68124000	PLANALTO
2622181	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA ANTONIO EVANGELISTA	VILA DE ARAPIXUNA S/N (RIO AMAZONAS)	68005270	RIOS
2621738	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA DE SANTANA DO ITUQUI	SANTANA DO ITUQUI S/N (SANTANA DO ITUQUI)	68005270	PLANALTO
0282456	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA DO TININGU	RAMAL SANTA ROSA KM 33 S/N (ZONA RURAL)	68005970	RIOS
2330296	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO BRAZ	COMUNIDADE SÃO BRAZ N 343 (SÃO BRAZ)	68005270	PLANALTO/EIXO FORTE
2621665	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ	RODOVIA BR 163 S/N (SÃO JOSÉ)	68005270	PLANALTO
2330148	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARGARIDA MARIA PEREIRA SILVA	TV DIAMANTINO S/N (DIAMANTINO)	68020110	URBANA
0209007	UNIDADE BASICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SALVAÇÃO	AV ANU PRETO ESQUINA COM PARDAL S/N (SALVAÇÃO)	68037165	URBANA
5926653	UNIDADE SAUDE DA FAMILIA FLUVIAL ABARE I	AV MENDOCA FURTADO (PRAINHA)	68005080	RIOS
<b>CNES</b>	<b>ESTABELECIMENTO – ATENÇÃO SECUNDÁRIA</b>	<b>ENDEREÇO</b>	<b>CEP</b>	<b>ÁREA</b>
2330172	CENTRO DE REFERENCIA DE SAUDE DA MULHER	AV BARAO DO RIO BRANCO (SANTA CLARA)	68005110	URBANA
3777995	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	TRAVESSA DOM AMANDO (SANTA CLARA)	68005420	URBANA
7375778	BASE SAMU UPA	AVENIDA CURUA UNA (SAO JOSE OPERARIO)	68020650	URBANA
7530005	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24 HORAS	AV CURUA UNA (SÃO JOSE OPERARIO)	7530005	URBANA
<b>CNES</b>	<b>ESTABELECIMENTO – ATENÇÃO TERCIÁRIA</b>	<b>ENDEREÇO</b>	<b>CEP</b>	<b>ÁREA</b>
2329905	HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTAREM	AV PRESIDENTE VARGAS (SANTA CLARA)	68005110	URBANA

5585422	HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PA DR WALDEMAR PENNA	AV SERGIO HENN (DIAMANTINO)	68020000	URBANA
---------	---	--------------------------------	----------	--------

**Fonte:** Catalogado, sintetizado e elaborado pelos próprios autores, (2022).

## APÊNDICE C – MAPA DE SANTARÉM DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Fonte: Google Earth, adaptado pelos autores (2022).



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**COORDENAÇÃO ACADÊMICA**  
**Fone (093) 2101-6766 / Email: secacad.isco@gmail.com**

**ATA DE DEFESA DE TCC**

Aos 15/07/2022, às 15:00 horas, foi convocada e formada a banca examinadora composta de três professores e/ou autoridades desta Universidade, abaixo nominados, para o exame do trabalho escrito, apresentação oral do Trabalho de Conclusão de Curso- TCC, elaborado pelos acadêmicos **Ane Karoline da Rocha Ferreira Gomes e Matheus Felipe Oliveira dos Santos**, cujo título é **“POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA APREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NOS ANOS DE 2011 A 2021”**.

Foi concedido o tempo máximo de 20 minutos para os acadêmicos fazerem a exposição oral do trabalho, atribuindo-se outros 30 minutos para arguições. Após a apresentação foram feitas as arguições aos acadêmicos, visando a avaliação e crédito na disciplina. Concluídas as arguições, a banca passou à deliberação sobre a avaliação, considerando os seguintes critérios: Qualidade Técnica do Trabalho; Domínio do Conteúdo; Qualidade na Exposição Oral; Clareza e Coerência dos Objetivos da Pesquisa, Problemática, Métodos e Formas de Intervenção; e Referencial Teórico, Resultados e Bibliografia. Após a deliberação, concluída à presente banca de exame de TCC, trabalho foi considerado:

(x) Aprovado (nota > 6,0). ( ) Reprovado (nota < 6,0)

<b>Professor</b>	<b>Função</b>	<b>Nota (0 a 10)</b>
Dra. Elaine Cristiny Evangelista dos Reis	Orientador	10
Dr. Teógenes Luiz Silva da Costa	Membro	10
Dra. Marina Smidt Celere Meschede	Membro	10

A entrega da versão final do TCC, com as devidas alterações apontadas pela Banca Examinadora, deverá ocorrer no **prazo de 15 (quinze) dias após defesa.**

**Nota geral: 10,0**

Assinaturas dos membros da banca

**Presidente** – Dra. Elaine Cristiny Evangelista dos Reis

*Elaine Cristiny Evangelista*

**Membro** - Dr. Teógenes Luiz Silva da Costa

*Teógenes Luiz Silva da Costa*

**Membro** - Dra. Marina Smidt Celere Meschede

*Meschede*

Santarém, 15 de julho de 2022.