

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde**

**DERLY JUDAISSY DIAZ RODRIGUEZ**

**Nível socioeconômico e reconhecimento de sinais e sintomas de risco para o câncer  
por usuários da estratégia saúde da família**

**Rio de Janeiro  
Março de 2020**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde**

**Nível socioeconômico e reconhecimento de sinais e sintomas de risco para o câncer  
por usuários da estratégia saúde da família**

**DERLY JUDAISY DIAZ RODRIGUEZ**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Valéria Ferreira Romano

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Primária à Saúde.

**Rio de Janeiro  
Marco de 2020**

## Ficha Catalográfica

Díaz Rodríguez, Derly Judaissy.

Nível socioeconômico e reconhecimento de sinais e sintomas de risco para o câncer por usuários da estratégia saúde da família. / Derly Judaissy Díaz Rodríguez. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, 2020.

113 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Valéria Ferreira Romano.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2020.

Referências: f. 93-108.

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Prevenção Secundária. 3. Prevenção Quaternária. 4. Sinais e Sintomas. 5. Neoplasias. 6. Inquéritos Epidemiológicos. 7. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Romano, Valéria Ferreira. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.



### ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Às 14 horas do dia de 27 de março de 2020 teve início a Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: ( ) **Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis**; ( ) **Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde**; (x) **Evidência clínica, modelos técnico assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde (APS)**; ( ) **Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS)**. A dissertação com o título **NIVEL SOCIOECONÔMICO E RECONHECIMENTO DE SINAIS E SINTOMAS DE RISCO PARA O CÂNCER POR USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** Foi apresentada pela candidata **DERLY JUDAISY DÍAZ RODRÍGUEZ** regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro 118014535 (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, art° 1°", ( ) item 2, com banca remota, presidente da banca e candidato juntos; ( x) item 3, totalmente remota, com gravação. A Dissertação foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores **VALÉRIA FERREIRA ROMANO (PRESIDENTE)** – UFRJ CPF 66576369700 **MARIA INEZ PADULA ANDERSON (1ª EXAMINADORA)** – UERJ –UFRJ CPF 55185606720 **RICARDO DONATO RODRIGUES (2ª EXAMINADOR)** – UERJ CPF 09897313753. em sessão **REMOTA**, ( ) **PARCIAL** ( x ) **TOTAL** cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribui menção (x) **APROVADO** ( ) **NÃO APROVADO** à dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): 

1º Examinador(a): \_\_\_\_\_

2º Examinador(a): \_\_\_\_\_

Aluno(a)/Examinado(a): \_\_\_\_\_

*“Vago e nebuloso é o princípio de todas as coisas, mas não o seu fim,  
E gostaria que vos lembrásseis de mim como um começo.  
A vida, e tudo que vive, é concebido na bruma, e não no cristal.  
E quem sabe um cristal é apenas a bruma em decadência?  
Isto gostaria que lembrásseis ao lembrardes-vos de mim:*

*O que parece mais frágil e confuso em vós é o mais forte e o mais determinado.  
Não foi o vosso respirar que erigiu e fortaleceu a estrutura dos vossos ossos?  
E não foi o sonho, que nenhum de vós lembra ter sonhado,  
que construiu vossa cidade e criou tudo o que há nela?  
Se pudésseis ver apenas as marés daquele respirar,  
cessaríeis de ver todo o resto,  
E se pudésseis ouvir o murmúrio dos vossos sonhos,  
não ouviríeis nenhum outro som”*

*Khalil Gibran (O profeta)*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha amada mãe pela sua força e orações.

À minha família Díaz Rodríguez.

Aos meus orientadores pelos seus ensinamentos e reflexões, tenho-lhes grande admiração e carinho.

A todas as pessoas que no caminho deste projeto o fizeram possível.

À nossa Universidade Federal do Rio de Janeiro, *alma mater* de excelência.

## APRESENTAÇÃO

Desde a minha formação como acadêmica de Medicina, tive grande afinidade com a Saúde Pública, o que me levou a fazer parte de alguns projetos de cooperação internacional com população vulnerável, durante certo tempo. Depois voltei ao ambiente hospitalar e me especializei em Cuidados Paliativos; e neste ambiente, algo tocou meu coração sensibilizando-me frente à fragilidade que nos caracteriza como seres humanos. Decidi então estudar Oncologia, o que me fez refletir sobre se pudéssemos realmente trabalhar com mais eficácia para evitar esses finais tristes do câncer, dentro do científico, ético e factível nos diferentes níveis de prevenção, contribuindo com a população em geral, através da educação em saúde, diagnósticos e encaminhamentos precoces. Retomei assim meu olhar para a Saúde Pública na dimensão da Saúde da Família, focando nos múltiplos desafios do médico de família e equipes de Atenção Primária em lidar com pessoas com câncer.

Decidi fazer parte do Sistema Único de Saúde do Brasil, onde achei uma oportunidade para aportar e ao mesmo tempo aprender, e foi assim que virei uma estudiosa amadora do SUS.

Ingressando no Mestrado em Atenção Primária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, aproveitei para juntar as minhas grandes paixões acadêmicas: a Medicina de Família, a Saúde Pública e a Oncologia. Foi assim que estruturei minha dissertação ao tentar conhecer um pouco do entendimento popular dos usuários da Estratégia Saúde da Família, sobre como percebiam sinais e sintomas de câncer, relacionando isto com o nível socioeconômico, tendo em conta as discrepâncias por mim observadas, no cotidiano do atendimento de população brasileira rural e urbana.

## RESUMO

Este projeto realizou uma revisão na literatura dos principais sinais e sintomas presentes em casos com suspeita de câncer em adultos. A partir de uma lista elaborada sobre os sinais de alerta para câncer de mama, próstata e colorretal, propõe uma discussão sobre o conhecimento sobre os mesmos por indivíduos de 50 anos ou mais que buscam espontaneamente atendimento nas unidades de saúde da família no município de Petrópolis, Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo transversal na forma de um inquérito epidemiológico. As informações foram coletadas por um questionário estruturado e correlacionadas através do teste do Qui-quadrado. Também foram analisadas a associação de algumas variáveis qualitativas ou categóricas, com a capacidade de reconhecimento pelos usuários dos sinais e sintomas sugestivos de câncer e sua relação com outras variáveis, no caso: sexo, unidade de origem do paciente, distinguindo entre urbano e rural, a religião ou crença e condição econômica. Em relação ao reconhecimento dos sinais ou sintomas de câncer pelos usuários, não foi encontrada associação estatisticamente representativa com as variáveis citadas anteriormente, com exceção das seguintes variáveis: escolaridade ou nível educativo e raça/cor auto declarada, fazendo supor que uma abordagem ampliada sobre o tema se faz necessária.

**Palavras-chave:** Vigilância em Saúde Pública, Prevenção Secundária, Prevenção Quaternária, Sinais e sintomas, Neoplasias, Inquéritos Epidemiológicos, Atenção Primária à Saúde.



## ABSTRACT

This project conducted a literature review of the main signs and symptoms present in cases with suspected cancer in adults. From an elaborate list of cancer warning signs for breast, prostate, and colorectal, use an instrument to gain knowledge about the same item in patients 50 years or older who spontaneously seek care at family health facilities in the municipality of Petrópolis (Rio de Janeiro, Brazil). This is a cross-sectional study in the form of an epidemiological inquiry. The information was collected by a structured questionnaire and correlated using the chi-square test. The association of some qualitative variables was also analyzed, with the ability of users to recognize signs and symptoms suggestive of cancer and their relationship with the other. Variables, in this case: sex, the patient's unit of health, distinguishing between urban and rural, the religion of belief and economic condition. However, the recognition of cancer signs or symptoms by users, no statistically significant association was found with the variables mentioned above, with the exception of the following variables: educational level, and on the other hand, a self-declared race of color skin/race, suggesting that an expanded approach on the theme is necessary.

**Keywords:** Public Health Surveillance, Secondary Prevention, Quaternary Prevention, Signs and symptoms, Neoplasia, Epidemiological surveys, Primary Health Care.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ABIPEME – Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde

CCEB – Critério de Classificação Económica Brasil

DAB – Departamento de Atenção Básica

DANT – Doenças e agravos não transmissíveis

DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia

DP – Desvio Padrão

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP – Escola de Saúde Pública

IARC – International Agency for Research on Cancer (Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NHS – National Health Service in England

NICE – The National Institute for Health and Care Excellence

NOS – Office for National Statistics (Instituto Nacional de Estatística do Reino Unido)

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PHC – Primary Health Care

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNCTIS - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PNH– Política Nacional de Humanização

PNPC – Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

PNPH – Política Nacional de Promoção à Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPSUS - Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal de Rio de Janeiro

UNIFEM – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para as Mulheres

USFPSTF - US Preventive Services Task Force (Força Tarefa de serviços preventivos dos Estados Unidos).

## Lista de tabelas

Tabela 1. Estimativa para o ano 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por cem mil habitantes e do número de casos de câncer, segundo sexo e localização primária .	24
Tabela 2. Distribuição proporcional dos 10 tipos de canceres mais incidentes, estimados para 2020, exceto pele melanoma. Os números são arredondados para múltiplos de dez .....	25
Tabela 3. Mortalidade conforme localização primária por sexo, para homens, ano 2017 .....	25
Tabela 4. Mortalidade conforme localização primária por sexo, para mulheres, ano 2017 .....	26
Tabela 5. Proporção de indivíduos que considera sinais e sintomas suficientemente importantes para procurar um médico (Kloetzel 1977). .....	41
Tabela 6. Dados populacionais do município de Petrópolis – RJ. ....	56
Tabela 7. Religião declarada no censo populacional de 2010 (Petrópolis – RJ). ....	57
Tabela 8. Petrópolis, dados de educação segundo o censo populacional de 2010 .....	57
Tabela 9. Cálculo amostral .....	60
Tabela 10. Medidas de tendência central e de dispersão para idade, da amostra completa. ....	61
Tabela 11. Medidas de tendência central e de dispersão para idade, da amostra rural..	61
Tabela 12. Medidas de tendência central e de dispersão para idade, da amostra urbana. .....	61
Tabela 13. Distribuição de frequências agrupadas por faixa etária por sexos, da unidade rural. .....	62
Tabela 14. Distribuição de frequências agrupadas por faixa etária por sexos, da unidade urbana.....	62
Tabela 15. Distribuição de frequências de raça/cor auto declarada dos participantes da unidade rural, n: 299. .....	63
Tabela 16. Distribuição de frequências de raça/cor auto declarada dos participantes da unidade urbana, n: 310. ....	63
Tabela 17. Distribuição de frequências por classificação de renda familiar per capita, classificação por sexo, unidade rural; n: 299 .....	64
Tabela 18. Distribuição de frequências de renda familiar per capita por sexo, unidade urbana; n: 310 .....	65
Tabela 19. Renda média domiciliar (ABEP, 2019) .....	67

Tabela 20. Cortes do critério Brasil de classificação econômica. ....	69
Tabela 21. Comparativo de distribuição de frequências de classes econômicas, por sexos e unidades, seguindo os cortes critério Brasil ABEP 2019.....	69
Tabela 22. Distribuição de frequências de classes econômicas, ABEP (2019). Amostra total n: 609. ....	70
Tabela 23. Distribuição de frequências comparativa de classes econômicas. ....	71
Tabela 24. Distribuição de frequências agrupadas para reconhecimento de sinais/sintomas de câncer da lista, sendo sete o máximo de itens certos (amostra rural, n: 299) .....	76
Tabela 25. Distribuição de frequências agrupadas para reconhecimento de sinais/sintomas de câncer da lista, sendo sete, o máximo de itens certos (amostra urbana, n: 310). ....	76
Tabela 26. Proporção de indivíduos que consideraram sinais e sintomas suficientemente importantes para procurar um atendimento médico, por classes econômicas.. ....	76
Tabela 27. Avaliação da significância estatística da associação de variáveis qualitativas usando o teste do qui-quadrado. ....	80

## Lista de quadros

Quadro 1. Momentos relevantes da história do câncer no Brasil, desde a perspectiva do INCA. ....	20
Quadro 2. Principais tipos de câncer em mulheres no Brasil, por localizações primárias exceto não melanoma .....	31
Quadro 3. Principais tipos de cânceres em homens no Brasil, por localizações primárias exceto não melanoma .....	33
Quadro 4. Parâmetros Direitos e Indiretos de Cuidados de Saúde Rural. ....	53
Quadro 5. Nomenclatura da escolaridade usada para padronizar os dados de pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. ABEP. 2019 .....	65

## Lista de figuras

Figura 1. Religião ou crença na amostra rural.....	63
Figura 2. Religião ou crença na amostra urbana .....	64
Figura 3. Escolaridade dos participantes da unidade rural, seguindo os critérios ABEP, 2019 .....	66
Figura 4. Escolaridade dos participantes da unidade urbana, seguindo os critérios ABEP, 2019 .....	66
Figura 5. Gráfico comparativo de distribuição de renda média domiciliar entre os participantes das duas unidades.....	68
Figura 6. Condições da rua onde mora. Gráfico comparativo das duas unidades.....	68
Figura 7. Gráfico comparativo de distribuição de frequências de classes econômicas pelos cortes critério Brasil ABEP 2019.....	70
Figura 8. Frequências relativas de distribuição geral em classes econômicas .....	71
Figura 9. Gráfico comparativo de distribuição de frequências de classe econômica.....	72
Figura 10. Respostas à pergunta: Você é usuário frequente do Posto de saúde do seu bairro, área rural .....	72
Figura 11. Respostas à pergunta: Você é usuário frequente do Posto de saúde do seu bairro, área urbana .....	73
Figura 12. Resultados comparativos: Acha que é possível identificar doenças graves como o câncer e melhorar a evolução, caso o paciente consulte ao médico, tão logo como sinte-se mal ou perceba alguma coisa que não parece normal no seu corpo .....	74
Figura 13. Reconhecimento de sinais/sintomas de câncer por número de itens marcados, por sexo, na amostra urbana .....	75
.....	
Figura 14. Reconhecimento de sinais/sintomas de câncer por número de itens marcados, por sexo, na amostra rural .....	75
Figura 15. Proporção de indivíduos por classes por sinais e sintomas assinalados como suficientemente importante para procurar um atendimento médico. Amostra total .....	77
Figura 16. Gráfico de meios usados para obter informação de saúde. ....	78
Figura 17. Aonde consultaria primeiro: Caso você apresentar alguma condição de saúde que lhe faça pensar que tem câncer. Respostas por unidade e sexo .....	79

## SUMÁRIO

i.	Contracapa	
ii.	Epígrafe	
iii.	Agradecimentos	
iv.	Apresentação	
v.	Resumo	
vi.	Abstract	
vii.	Lista de siglas e abreviaturas	
viii.	Lista de tabelas	
ix.	Lista de quadros	
x.	Lista de figuras	
1.	INTRODUÇÃO	16
	Justificativa	17
1.1	Magnitude do problema do câncer	18
1.1.1	Estimativas 2020, Instituto Nacional do Câncer para o Brasil	22
1.2	O papel da Atenção Primária à Saúde na prevenção do câncer	26
1.2.1	Diagnóstico de Câncer em Atenção Primária	29
1.3	Percepções de enfermidade e nível socioeconômico	39
1.4	O papel do médico e a doença:	43
1.5	A saúde desde a sociologia:	47
1.6	O papel do paciente e a doença:	48
1.7	A lei dos cuidados inversos	51
1.8	O autocuidado e a promoção da saúde:	51
1.9	O contexto rural em saúde:	52
1.10	Acesso à informação em saúde para pacientes e família	53
2.	OBJETIVOS	55
2.1	Objetivo Geral:	55
2.2	Objetivos Específicos:	55
3.	METODOLOGIA	55
3.1	Contexto demográfico:	56
3.2	Contexto social: religião e educação	57
3.3	Desenho do estudo	57
4.	RESULTADOS	60
4.1	Medidas de tendência central e de dispersão da idade da amostra total (n: 609).	60
4.2.	Análise descritiva	62



4.2.1 Distribuição etária por sexos:.....	62
4.2.2 Distribuição de raça/cor auto referida .....	62
4.2.3 Perfil religioso:.....	63
4.2.4 Renda familiar per capita: .....	64
4.2.5 Escolaridade: .....	65
4.2.6 Classificação do estrato sócio econômico pelos critérios de classificação econômica da ABEP 2019.....	67
4.2.7 Distribuição de renda média domiciliar comparativa.....	67
4.2.8 Condições de moradia .....	68
4.3 Resultados de respostas referentes à saúde .....	72
4.3.1 Respostas à pergunta: Você é usuário frequente do Posto de saúde do seu bairro?.....	72
4.3.2 Respostas à pergunta: Acha que é possível identificar doenças graves, como o câncer e melhorar a evolução, caso o paciente consulte ao médico tão logo como sintá-se mal ou perceba alguma coisa que não parece normal no seu corpo? .....	73
4.3.3 Resultados da identificação de sinais/sintomas de alarme para câncer da lista proposta .....	74
4.3.4 Resultados da pergunta: Qual ou quais meios usa você para obter informações sobre saúde.....	77
4.3.5 Resultados da pergunta: Caso você apresente alguma condição de saúde que lhe faça pensar que tem câncer, aonde iria consultar primeiro. ....	78
4.4 Análises estatísticas de associação de variáveis categóricas.....	79
5. DISCUSSÃO:.....	80
6. CONCLUSÃO:.....	92
7. REFERÊNCIAS .....	93
8. APÊNDICES .....	109
8.1 Apêndice A: Questionário para coleta de dados (parte 1).....	109
8.2 Apêndices B: Questionário para coleta de dados (parte 2).....	110
8.3 Apêndice C: TCLE.....	112

## 1. INTRODUÇÃO

A ideia de realizar esta pesquisa foi inspirada na famosa pesquisa realizada por Earl Lomon Koos, intitulada “*Health in Regionville. What the People thought and did about it*” (KOOS, 1960), cuja primeira premissa era de que a saúde dos indivíduos está intimamente relacionada, de uma forma ou de outra, ao seu ambiente social e econômico. A segunda referia-se ao fato que, a despeito do conhecimento sobre a incidência e da mortalidade de doenças por estratos sociais e ocupacionais, havia poucos estudos relacionados à determinação social do comportamento humano relacionado à saúde e doença.

Salientamos que para interesse de nosso trabalho, o tópico de “proporção de indivíduos que considera sinais e sintomas sugestivos de câncer, de uma lista como suficientemente importantes para procurar um médico” será o principal foco de nossa atenção.

Mesmo sendo uma pesquisa inspirada em Koos, não pretendemos revisitar os mesmos métodos utilizados na época, não obstante, realizamos um recorte e outras adaptações que consideramos pertinentes às nossas possibilidades de tempo e recursos e ao nosso contexto: a Estratégia Saúde da Família no município de Petrópolis.

“No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (PNAB, 2012, 9 p.).

A Estratégia Saúde da Família é considerada como uma das principais portas de entrada, e de fácil acesso para o usuário do SUS; é o lugar onde é mais fácil obter um atendimento médico não urgente em menos de 24 horas, tendo como fortaleza o vínculo com os seus usuários, aliás, apresenta um elenco de serviços amplo da medicina de família e comunidade (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Propõe-se desta maneira, uma aproximação a descobrir a capacidade dos pacientes adultos de, ao reconhecer os sinais e sintomas de alarme de câncer que os levariam a procurar o atendimento médico ou não, em duas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família, a partir de um questionário com uma lista previamente elaborada.

Em termos epidemiológicos é importante reconhecer sinais e sintomas do câncer especialmente no grupo etário onde são mais frequentes, 50 ou mais anos de idade.

Torna-se relevante legitimar o protagonismo do paciente como sujeito social, cujos valores e crenças culturais, além de educação e nível socioeconômico influenciam sua demanda pelos serviços de saúde. Pelo qual serão ponderadas algumas variáveis desta natureza.

Destaca-se também o papel crucial do médico na APS na identificação precoce dos processos oncológicos, assim como a orientação à população sobre a constatação de sinais/sintomas de alarme para câncer e a consequente necessidade de avaliação considerando a prevenção em todos seus níveis, do primário até o quaternário.

### **Justificativa**

No contexto do câncer na população adulta, como um dos problemas de saúde mais incidentes e prevalentes, aumentando junto com outras doenças crônicas não transmissíveis, o impacto negativo para a sociedade como um todo, para o sistema de saúde, o paciente e seu entorno, dado seu nexos com o envelhecimento; surge a relevância da pesquisa relacionada à oncologia nos diferentes tópicos possível de atingir. Aqui, limitamos nosso foco, à Atenção Primária à Saúde.

Nesta pesquisa, realizou-se uma extensa revisão da literatura dos principais sinais e sintomas em casos de suspeita de câncer na população adulta, além de abraçar também visões da antropologia e a sociologia sobre o paciente e a doença, na tentativa de perscrutar, através de uma lista específica apresentada na maneira de questionário a pacientes de 50 anos ou mais, usuários da Estratégia Saúde da Família; sua capacidade de identificação de tais alertas, suas fontes de informação em saúde, assim como sua teórica pretensão de procura de cuidado perante a presença de ditos sinais ou sintomas.

Além do mais, tais conhecimentos foram medidos de maneira transversal, analisados comparativamente, finalmente, contrastando as condições socioeconômicas dos mesmos.

Contribuirá para explorar a visão do paciente, usuário do Sistema Único de Saúde, no tópico analisado, ajudará às equipes de Saúde da Família a refletir e enfatizar o seu papel educador, orientador, acolhedor, e privilegiada porta de entrada no sistema; neste caso, no

que se refere às doenças oncológicas nos adultos, indo além dos programas preestabelecidos, escutando as demandas e priorizando a aplicação de princípios de atenção primária, secundária, terciária e quaternária que possam ser aplicados, segundo cada caso.

É relevante, por ser uma pesquisa sobre câncer, no contexto da APS, e no Sistema Único de Saúde, que junto com outras pesquisas, ajudará a reconhecer as necessidades específicas e reais da nossa própria população, evitando extrapolar estudos científicos inadequadamente e naturalmente, para chamar a atenção dos gestores para aprimorar as políticas de saúde.

### **1.1 Magnitude do problema do câncer**

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Estima-se que, em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) ocorreram em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%). Este impacto afeta principalmente os países de baixo e médio desenvolvimento, especialmente por mortes prematuras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Estima-se que o ônus global do câncer tenha aumentado para 18,1 milhões de novos casos e 9,6 milhões no ano de 2018. Um em cada cinco homens e uma em cada seis mulheres em todo o mundo desenvolvem câncer durante sua vida, e um em cada oito homens e uma em cada 11 mulheres morre da doença. Em todo o mundo, o número total de pessoas que estão vivas dentro dos cinco anos posteriores ao diagnóstico de câncer, chamado - a prevalência de 5 anos-, é estimado em 43,8 milhões (IARC, 2018).

As estimativas do GLOBOCAN (2018), o maior banco mundial de dados on-line sobre câncer; mostram que as taxas de incidência e mortalidade por câncer continuam a aumentar em todas as regiões do mundo. Os padrões detalhados de câncer; no entanto, são complexos. Enquanto o câncer de pulmão, mama e colorretal explicam um terço da carga total, treze tipos diferentes de câncer são revelados como o tipo mais frequente em um ou mais países.

Os principais tipos de câncer em 2018 (GLOBOCAN; IARC, 2018), foram os de pulmão, do cólon e reto, e da mama (primeiro, segundo e quinto) , em termos de incidência e de mortalidade. Os cânceres do pulmão e da mama feminina são os principais

tipos em todo o mundo em termos do número de novos casos; para cada um desses tipos, estima-se que aproximadamente 2,1 milhões de diagnósticos em 2018 cerca de 10% da carga total de incidência de câncer. O câncer colorretal (1,8 milhões de casos, 10,2% do total) é o terceiro câncer mais comumente diagnosticado, o câncer de próstata é o quarto (1,3 milhão de casos, 7,1%) e o câncer de estômago é o quinto (1,0 milhão de casos, 5,7%). O câncer de pulmão também é responsável pelo maior número de óbitos (1,8 milhão de mortes, 18,4% do total), por causa do mau prognóstico desse câncer em todo o mundo, seguido pelo câncer colorretal (881.000 óbitos, 9,2%), câncer de estômago (783 mil mortes, 8,2%) e câncer de fígado (782 mil mortes, 8,2%).

O câncer de mama feminina é a quinta causa principal de morte (627.000 óbitos, 6,6%) porque o prognóstico é relativamente favorável, pelo menos nos países mais desenvolvidos. Relacionando os padrões globais com o nível de desenvolvimento humano para muitos tipos de cânceres, temos que as taxas de incidência globais em países com IDH alto ou muito alto geralmente são de 2 para 3, em comparação com aqueles países com IDH baixo ou médio. No entanto, as diferenças nas taxas de mortalidade entre estas duas categorias de países são menores, por um lado porque os países de menor IDH têm uma frequência de certos tipos de câncer associados a pior sobrevida e, por outro lado, porque o acesso ao diagnóstico oportuno e tratamento eficaz são menos comuns. Nos homens, o câncer de pulmão ocupa o primeiro lugar e o câncer de próstata é o segundo em incidência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nas mulheres, o câncer de mama excede em muito outros tipos de câncer em países desenvolvidos e em desenvolvimento, seguido por câncer colorretal em países desenvolvidos e câncer cervical em países em desenvolvimento.

O câncer de pulmão é o câncer mais comumente diagnosticado em homens (14,5% do total de casos em homens e 8,4% em mulheres) e a principal causa de morte por câncer em homens (22,0%, ou seja, cerca de uma em cada cinco mortes por câncer); seguido por câncer de próstata (13,5%) e câncer colorretal (10,9%). O câncer de mama é o mais comumente diagnosticado em mulheres (24,2%, ou seja, cerca de um em cada quatro de todos os novos casos de câncer diagnosticados), sendo o câncer mais comum em 154 dos 185 países incluídos no GLOBOCAN (2018).

*"Essas variações refletem até que ponto os fatores sociais, econômicos e de estilo de vida interagem para diferenciar o impacto nos perfis de câncer. Por sua vez, esse conhecimento deve informar as prioridades locais e regionais de controle do câncer. No entanto, enquanto o GLOBOCAN 2018 fornece valiosas estimativas atualizadas de câncer, ele também esclarece as lacunas persistentes nos dados em muitos países, enfatizando a necessidade de compromisso do governo com a coleta contínua de dados por meio de sistemas de vigilância de registro de câncer de alta qualidade e registros vitais". (GLOBOCAN, 2018).*

No contexto brasileiro, a urbanização tem tido sua repercussão:

*"Em 1950, o Brasil era um país, na sua maioria rural, com uma população de aproximadamente 50 milhões de pessoas, cujos principais problemas de saúde pública eram originários da extrema pobreza e privação. Estes problemas ainda são importantes nas regiões: Norte e Nordeste e em outras comunidades empobrecidas. Mas atualmente, com uma população predominantemente urbana e sedentária que se aproxima rapidamente para os 200 milhões, os maiores problemas de saúde no Brasil são muito parecidos com os dos países desenvolvidos – obesidade, pressão alta, doenças cardíacas e também o câncer. Os quais atingem tanto as comunidades pobres como as mais ricas" (BRASIL, 2009,1p).*

Ao longo da história brasileira, o câncer foi visto de diversas formas. De tumor maligno e incurável à neoplasia, de tragédia individual a problema de saúde pública, sua história foi marcada pelo incessante esforço da medicina em controlá-lo pela via da prevenção, aliada ao uso das mais modernas tecnologias médicas de tratamento. No entanto, as dificuldades técnicas para a cura de muitas de suas formas, o alto custo das tecnologias empregadas com esse objetivo e seu caráter individual mostram-se como limitadores da ação terapêutica, fazendo com que a doenças se vincule cada vez mais ao campo da prevenção e da saúde pública (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Quadro 1. Momentos relevantes da história do câncer no Brasil, desde a perspectiva do INCA. Foram destacados intencionalmente aqui, os eventos de prevenção (negrito e o grifo não fazem parte da tabela original).

1900 – 1910: Progressivo aumento do número de comunicações e artigos sobre o câncer na Academia Nacional de Medicina.

1911: O periódico médico Archivos Brasileiros de Medicina passa a publicar a "seção permanente do cancro" dirigida pelo médico Álvaro Ramos, primeiro espaço editorial voltado exclusivamente para artigos sobre o tema.

1919: Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Surgimento da primeira instância de saúde pública direcionada ao câncer: a inspetoria da lepra, doenças venéreas e câncer.

1922: Inauguração do Instituto do Radium de Belo Horizonte.

1929: Inauguração do Instituto de Câncer Dr Arnaldo, em SP.

1929: A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro organiza a Semana do Câncer. O evento foi realizado entre 4 e 10 de novembro em conjunto com a Academia Nacional de Medicina e congregou um grande número de médicos interessados na doença.

1930: Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

1935: I Congresso de Câncer no Rio. Surgimento das primeiras propostas para a organização de uma rede de atuação nacional contra o câncer.

1937: Reformulação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, no Hospital Estácio de Sá.

1938: Inauguração do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, no Hospital Estácio de Sá.

1941: Criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC).

1944: Aprovação do estatuto do SNC. O Centro de Cancerologia é transformado em Instituto de Câncer: Estrutura do SNC; Seção de Organização e Controle e Seção Administrativa. Diretor do Instituto: Dr. Alberto Lima de Moraes Coutinho.

1946: O SNC passa a funcionar no Hospital Gaffrée Guinle.

1953: Criação do Ministério da Saúde.

1954: Mario Kroeff deixa o SNC, sendo substituído por Alberto Coutinho.

1957: Inauguração do prédio do Instituto Nacional do Câncer na praça da Cruz Vermelha.

1961: Reconhecimento oficial do Instituto Nacional do Câncer pelo Decreto 50.251 de 1961.

**1968: Inauguração oficial da Campanha Nacional de Combate ao Câncer.**

1969: O INCA é cedido à Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, saindo da órbita do Ministério da Saúde.

1970: O SNC passa a ser denominado de Divisão Nacional do Câncer, Decreto 66.523.

1971: Recondição do INCA ao Ministério da Saúde. Lei 5734 de 16/11/1971.

1978: A Divisão Nacional do Câncer é extinta, sendo criada a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), que compunha a Secretaria Nacional de Programas Especiais (SNEPS).

1980: O INCA passa a ser gerido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Assistência e Previdência Social.

1983: A Portaria Nº 92 transfere para o INCA as atividades até então exercidas pela DNDCD.

**1986: Criação da Semana Nacional de Combate ao Fumo.**

1987: Criação do Projeto de Integração Docente- Assistencial na Área do Câncer (PIDAAC), que objetivava instituir a cadeira de Cancerologia nas universidades públicas e privadas do País.

**1988: Criação do Dia Nacional de Combate ao Câncer.**

1988: Criação do Serviço Terapêutico Oncológico, renomeado para Hospital do Câncer IV em 2004.

1991: Criação do Pró-Onco, Coordenação de Programas de Controle do Câncer.

1991: Incorporação do Hospital de Oncologia ao INCA.

1991: Novo regimento do Ministério da Saúde, que passou a atribuir ao INCA a função de órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. O regimento foi mantido pelos decretos de 1998 e 2000.

1991: Criação de Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer (FAF), entidade filantrópica de direito privado, que presta assistência social e é dotada de autonomia patrimonial, administrativa e financeira.

1992: Criação do Conselho Consultivo do INCA (Consinca), responsável pela elaboração de normas para assistência oncológica, no âmbito do SUS, por meio de conceitos e processos discutidos em reuniões semanais.

1992: Incorporação dos Hospitais de Oncologia e do Centro de Ginecologia Luiza Gomes de Lemos (1992), respectivamente, Hospital do Câncer II e Hospital do Câncer III.

1993: Criação da Casa Ronald McDonald, através de parceria entre o INCA, e o McDonald's e a AACN.

**1996: Criação do Programa Viva Mulher voltado para a prevenção e controle do câncer do colo uterino.**

1998: 17º Congresso Mundial de Câncer, promovido pela União Internacional contra o Câncer (UICC), no Rio de Janeiro.

1999: Criação do Conselho de Bioética (ConBio-INCA), que discute, no contexto da política sanitária brasileira, as questões morais, filosóficas da assistência oncológica, a fim de orientar a adoção de medidas de prevenção e atendimento médico-hospitalar.

2003: Crise político-administrativa do INCA. Início do processo de gestão participativa e compartilhada do INCA.

2004: Lançamento da Campanha Nacional de Doação de Médula Óssea.

2005: Inauguração do Banco Nacional de Tumores.

Fonte: TEIXEIRA, L.A; FONSECA, C.O. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil, Rio de Janeiro: Ministério de Saúde. 2007. 161 p.

**1.1.1 Estimativas 2020, Instituto Nacional do Câncer para o Brasil**

Segundo o INCA (2019), esperam-se 625.000 casos novos de câncer por ano, excluído o câncer de pele não melanoma, podendo chegar até 685.000.



Os cânceres, de próstata (68 mil) e mama (60 mil) em homens e mulheres, respectivamente, representam os mais frequentes, seguidos por pulmão (8,7%), intestino (8,1%), entre outros.

O câncer de próstata é o primeiro colocado em todas as Regiões brasileiras, apresenta um risco estimado de 72,35/100 mil na Região Nordeste; de 65,29/100 mil na Região Centro-Oeste; de 63,94/100 mil na Região Sudeste; de 62,00/100 mil na Região Sul e de 29,39/100 mil na Região Norte. Para o Estado do Rio de Janeiro, esperam-se 6.440 novos casos, destes, correspondem 2.760 à cidade de Rio de Janeiro (Ibidem, 33, 56,85 p.).

O câncer de mama feminino, também está nos primeiros lugares em frequência, em todas as Regiões brasileiras, com um risco estimado de 81,06 por 100 mil na Região Sudeste; de 71,16 por 100 mil na Região Sul; de 45,24 por 100 mil na Região Centro-Oeste; de 44,29 por 100 mil na Região Nordeste; e de 21,34 por 100 mil na Região Norte. Para o Estado do Rio de Janeiro, estimam-se 9.150 casos novos, dos quais 4.440 pertencem à cidade de Rio de Janeiro (Ibidem, 35, 56, 85 p.).

O câncer de cólon e reto tem a um risco estimado de 19,63 casos novos a cada 100 mil homens e 19,03 para cada 100 mil mulheres. Em homens é o segundo mais incidente nas Regiões Sudeste (28,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,40/100 mil). Na Região Sul (25,11/100 mil), é o terceiro tumor mais frequente. Enquanto nas Regiões Nordeste (8,91/100 mil) e Norte (5,27/100 mil), ocupa a quarta posição. Para as mulheres, é o segundo mais frequente nas Regiões Sudeste (26,18/100 mil) e Sul (23,65/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (15,24/100 mil), Nordeste (10,79/100 mil) e Norte (6,48/100 mil) é o terceiro mais incidente, e finalmente para a cidade de Rio de Janeiro, calculam-se 2.680 novos casos. São estimados 2.450 casos novos para o Estado de Rio de Janeiro, dos quais 1.270 serão para a capital do Estado, numa distribuição proporcional similar entre sexo masculino e feminino aproximadamente 1/1. (Ibidem).

Esclarecimento: Os dados estatísticos, apresentados, excluem o câncer de pele não melanoma.

Tendo-se destacado os cânceres de maior peso em incidência estimada, para os fins desta pesquisa. Estima-se 45.040 casos para 2020, devidos a soma dos três: próstata, mama feminino, e cólon e reto.

Tabela 1: Estimativa para o ano 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por cem mil habitantes e do número de casos de câncer, segundo sexo e localização primária, [o grifo não faz parte do gráfico original]. Números arredondados para múltiplos de 10.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	65.840	62,95	50,76	13.640	60,53	57,33	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	66.280	61,61	43,74	19.820	78,88	45,90
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	16.590	15,43	12,60	4.180	16,55	10,13
Tracheia, brônquio e pulmão	17.760	16,99	16,19	3.180	14,17	16,11	12.440	11,56	9,24	3.760	14,96	11,32
Cólon e reto	20.520	19,63	18,80	5.320	23,59	21,26	20.470	19,03	13,36	6.260	24,90	15,59
Estômago	13.360	12,81	11,37	2.430	10,85	11,23	7.870	7,34	5,95	1.920	7,71	6,61
Cavidade oral	11.180	10,69	9,25	2.040	9,03	9,19	4.010	3,71	2,66	1.040	4,00	3,21
Laringe	6.470	6,20	5,75	1.150	5,00	4,97	1.180	1,06	0,92	360	1,06	0,79
Bexiga	7.590	7,23	4,61	1.800	7,87	7,12	3.050	2,80	2,03	900	3,44	2,61
Esôfago	8.690	8,32	6,48	1.160	5,00	6,27	2.700	2,49	1,76	460	1,60	1,42
Ovário	-	-	-	-	-	-	6.650	6,18	4,84	1.870	7,50	5,19
Linfoma de Hodgkin	1.590	1,52	1,33	450	1,71	1,93	1.050	0,95	0,88	430	1,35	1,04
Linfoma não Hodgkin	6.580	6,31	5,67	1.430	6,41	7,27	5.450	5,07	3,37	1.260	4,96	4,27
Glândula tireoide	1.830	1,72	1,52	1.090	4,52	1,81	11.950	11,15	8,13	4.650	18,47	8,13
Sistema nervoso central	5.870	5,61	5,22	1.150	5,07	6,27	5.220	4,85	4,17	1.440	5,69	4,55
Leucemias	5.920	5,67	5,55	1.210	5,43	5,93	4.890	4,56	3,95	1.180	4,69	4,64
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	6.540	6,07	5,22	1.930	7,61	6,14
Pele melanoma	4.200	4,03	2,01	790	3,36	3,40	4.250	3,94	1,78	870	3,28	2,49
Outras localizações	48.060	45,97	41,48	9.320	41,34	48,09	42.390	39,43	29,40	9.790	38,88	26,48
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	225.460	215,65	215,86	46.160	204,92	238,47	222.980	207,36	145,00	62.120	247,24	159,85
Pele não melanoma	83.770	80,12	-	20.010	88,84	-	93.160	86,65	-	19.090	75,98	-
Todas as neoplasias malignas	309.230	295,78	-	66.170	293,75	-	316.140	294,00	-	81.210	323,22	-
Todas as neoplasias malignas, corrigidas para sub-registro	387.980	371,11	-	-	-	-	297.980	277,11	-	-	-	-

Fonte: INCA. Estimativas 2020, incidência de câncer no Brasil. 2019, 52 p.

Tabela 2: Distribuição proporcional dos 10 tipos de cânceres mais incidentes, estimados para 2020, exceto pele melanoma. Os números são arredondados para múltiplos de 10, [o grifo não faz parte do gráfico original].

HOMENS			MULHERES		
Localização Primária	Casos	%	Localização Primária	Casos	%
Próstata	65.840	29,2%	Mama feminina	66.280	29,7%
Cólon e reto	20.520	9,1%	Cólon e reto	20.470	9,2%
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	7,9%	Colo do útero	16.590	7,4%
Estômago	13.360	5,9%	Traqueia, brônquio e pulmão	12.440	5,6%
Cavidade oral	11.180	5,0%	Glândula tireoide	11.950	5,4%
Esôfago	8.690	3,9%	Estômago	7.870	3,5%
Bexiga	7.590	3,4%	Ovário	6.650	3,0%
Linfoma não Hodgkin	6.580	2,9%	Corpo do útero	6.540	2,9%
Laringe	6.470	2,9%	Linfoma não Hodgkin	5.450	2,4%
Leucemias	5.920	2,6%	Sistema nervoso central	5.220	2,3%

Fonte: INCA. Estimativas 2020, incidência de câncer no Brasil. 2019. 52 p.

Tabela 3. Mortalidade conforme localização primária por sexo, para homens, ano 2017.

Localização Primária	Óbitos	%
Traqueia, Brônquios e Pulmões	16.137	14,0
Próstata	15.391	13,4
Cólon e Reto	9.207	8,0
Estômago	9.206	8,0
Esôfago	6.647	5,8
Fígado e Vias biliares intra-hepáticas	5.908	5,1
Pâncreas	5.316	4,6
Localização primária desconhecida	4.941	4,3
Cavidade oral	4.923	4,3
Sistema Nervoso Central	4.795	4,2
<b>Todas as neoplasias</b>	<b>115.057</b>	<b>100,0</b>

Fonte: INCA, 2020. Página web institucional (última modificação 05/02/2020). <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. O vermelho não faz parte da tabela original.

Próstata e cólon e reto causaram o óbito, em 24.598 homens, no Brasil em 2017, último dado do que dispõe publicamente o INCA.

Para as mulheres, foram 26.384 óbitos em 2017, por causa de câncer de mama e cólon e reto, somados.

Tabela 4. Mortalidade conforme localização primária por sexo, para mulheres, ano 2017.

Localização Primária	Óbitos	%
Mama	16.724	16,1
Traqueia, Brônquios e Pulmões	11.792	11,4
Cólon e Reto	9.660	9,3
Colo do útero	6.385	6,2
Pâncreas	5.438	5,2
Estômago	5.107	4,9
Localização primária desconhecida	4.714	4,6
Fígado e Vias biliares intra-hepáticas	4.292	4,1
Sistema Nervoso Central	4.401	4,1
Ovário	3.879	3,7
<b>Todas neoplasias</b>	<b>103,583</b>	<b>100,0</b>

Fonte: INCA, 2020. Página web institucional (última modificação 05/02/2020). <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. O vermelho não faz parte da tabela original.

## 1.2 O papel da Atenção Primária à Saúde na prevenção do câncer

*“Qualquer estratégia preventiva é mais eficaz que o melhor dos tratamentos individualizados (...). Nem a sociedade, nem as autoridades de saúde, nem os médicos em geral, nem a oncologia em particular, tem sabido ou não querem perceber que a solução global do câncer nunca virá por causa do avanço terapêutico; que é muito necessário. Isso só será alcançado no momento em que seja feita uma boa prevenção primária e seja feito um diagnóstico precoce adequado” (SEOM, 2017, 10 p).*

É impossível começar a prevenção primária sem citar Leavell e Clark (1976), que definiram este tipo de prevenção como as ações que evitam o aparecimento de doenças, valorizando ações de promoção da saúde.

Segundo os autores, a prevenção secundária se define como ações: a) que identificam precocemente o adoecimento, alterando seu horizonte clínico (aumentando a capacidade profissional ou leiga de perceber a doença), de que os exemplos mais populares e praticados são os rastreamentos ou rastreios (*screenings*); b) ou que antecipam e melhoram a qualidade do tratamento, evitando lesões e sequelas e abreviando a intensidade e o tempo do adoecimento (LEAVELL; CLARK, 1976).

A prevenção terciária são ações após o estabelecimento da lesão patológica voltadas para a reabilitação e ressocialização, evitando consequências da lesão ou disfunção já instalada. E por fim a prevenção quaternária (...) [são as] ações de identificação de pessoas em risco de medicalização excessiva e sua proteção de novas intervenções desnecessárias, propondo medidas eticamente aceitáveis (BENTZEN, 2003; JAMOULLE E GUSSO, 2012; JAMOULLE, 2014, 2015).

As populações estão aumentando, envelhecendo e se tornando cada vez mais sedentárias, tendo como uma de suas consequências o aumento de casos e morte por câncer. Todavia, a maioria dos cânceres pode ser prevenida. A melhor evidência mostra que políticas inteligentes e ações combinadas em todos os níveis reduzirão o risco de muitos cânceres (BRASIL, 2009, 2 p).

Dentre as prioridades das “Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil” (INCA, 2012), sobressai o objetivo de conduzir a prática profissional de modo a alcançar o potencial para promover a saúde, incluindo a prevenção do câncer, o que traz à tona o protagonismo do profissional de saúde, assim recomenda aos profissionais da saúde:

- ☆ Priorizar a saúde pública incluindo a prevenção do câncer, a alimentação, nutrição e atividade física no treinamento, prática e desenvolvimento profissional.
- ☆ Assumir a liderança da educação e trabalho com os colegas, outros profissionais e outros atores para melhorar a saúde pública, incluindo a prevenção do câncer.
- ☆ Envolver pessoas como a família e membros da comunidade e incorporar suas características individuais em todos os tipos de prática profissional.
- ☆ (Ibidem, 2009. 15 p).

As políticas gerais que abordam o controle do câncer, no Brasil, são: A política Nacional de Humanização de 2003 (PNH, 2013), Política Nacional de Atenção Básica (Pnab, 2012), Política Nacional de Promoção Nacional de Promoção à Saúde 3ª edição (PNPS, 2010), e finalmente, a Portaria de Consolidação nº3 (2017), que concretiza as normas sobre as redes do SUS, redes de atenção à saúde incluindo a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS.

No que tange às políticas específicas relacionadas ao controle do câncer, a Política Nacional para a Prevenção do Câncer na rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (PNPCC, portaria Nº 874 de 16 de março de

2013), define os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e as condições estruturais, de funcionamento e de gestão de pessoas para a habilitação desses estabelecimentos no âmbito SUS, constando na Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Além disso, se relacionam com a Política Nacional de Atenção Oncológica contemplando ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos (2005). A proposta estabelece que a Política Nacional de Atenção Oncológica deva ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios. São seus componentes fundamentais, a seguir (BRASIL, 2005):

1. **Promoção e vigilância em saúde;**
2. **Atenção básica;**
3. Média complexidade;
4. Alta complexidade;
5. Centros de referência de alta complexidade em oncologia;
6. Plano de controle do tabagismo e outros fatores de risco, do câncer do colo do útero e da mama;
7. Regulamentação suplementar e complementar;
8. Regulação, fiscalização, controle e avaliação;
9. Sistema de Informação;
10. Diretrizes nacionais para a atenção oncológica;
11. Avaliação tecnológica;
12. Educação permanente e capacitação
13. Pesquisa sobre o câncer.

Salientando-se o impacto da detecção precoce do câncer, idealmente feita na Atenção Primária (atenção básica), pelo seu amplo espectro de ações em saúde e serviços ofertados à população geral, tais como educação permanente, promoção e vigilância em saúde, controle do tabagismo e outros fatores de risco para o câncer de colo de útero e de mama, ademais a pesquisa.

Os profissionais de saúde têm uma influência direta e óbvia sobre a saúde das pessoas, as quais confiam particularmente nos médicos. Na interação direta com as pessoas, os profissionais da saúde têm incontáveis oportunidades de dar informações e incentivo para apoiar modos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2009. 15 p).

### 1.2.1 Diagnóstico de Câncer em Atenção Primária

Entre as estratégias de prevenção para o câncer está a detecção sintomática precoce, que visa detectar a doença em estágios iniciais, para contribuir na melhoria dos desfechos (HEWITT *et al.* 2006).

Assim, as atuações básicas no diagnóstico do câncer em atenção primária são: o exame periódico em pacientes assintomáticos para a detecção de lesões precursoras do câncer ou câncer em estágio inicial, e a investigação diagnóstica em pacientes com exames rotineiros assinalando doença ou os que sintomáticos (DUNCAN, 2013,1041 p.).

Os médicos de atenção primária terão de estar atentos a sinais incomuns que possam sugerir câncer, quando não há a recuperação esperada, e agir em consequência, revisando cuidadosamente a história, os exames e se necessário referir a serviços de urgências, ou a especialistas, ainda que seja para discutir conjuntamente os casos. (*Ibidem*, 1042 p.).

Espera-se, portanto, que o médico de APS possa identificar e reconhecer sinais de alerta para um diagnóstico oncológico. A anamnese e o exame físico podem ser de auxílio, revelando também dados da história familiar, predisposições genéticas ou história de exposição a agentes carcinógenos (DE VITA, 2008). E em complementação, os testes de acesso direto permitem que os médicos da Atenção Primária encaminhem os pacientes para investigação sem consultar um especialista. O objetivo é reduzir o tempo de espera para investigações e consultas desnecessárias, permitindo que o tratamento comece sem demora (SMITH *et al.*, 2018).

Quando procurados no diversos textos e guias de diferentes autores e sociedades médicas, encontram-se diferentes enfoques e listas, umas mais completas do que outras. Além disso, programas de triagem organizados, a conscientização sobre sinais e sintomas detectáveis é recomendada. Fica em falta uma definição mais precisa dos sinais e sintomas precoces do câncer, no entanto, também parece não haver uma revisão sistemática sobre o impacto das intervenções de conscientização sobre os resultados do câncer. Não obstante, as manifestações de sintomas de maneira precoce, dependem da natureza do tumor, a localização e não em poucas ocasiões só aparecem quando evoluídos a um estágio avançado da doença.

Parece evidente, portanto, que as características dos tipos de câncer e a disponibilidade de dispositivos para diagnóstico devam ser levadas em conta na

promoção e detecção precoce do câncer. Encontra-se certa necessidade de pesquisa para categorizar os tipos de câncer de acordo com os primeiros sintomas, a fim de aumentar a comparabilidade dos estudos neste campo e fornecer orientação para o pessoal de saúde em ambientes de atenção primária, especialmente em regiões de baixa renda (OTT; ULLRICH; MILLER; 2009).

Propõem Hippisley-Cox e Couplan (2015) um sistema para estimação do risco absoluto de diferentes tipos de cânceres (desde 2013), calculando através de algoritmos que atualizam ano após ano, onde médicos e pacientes, juntos podem fazer um cálculo aproximado, e está disponível na página <https://qcancer.org/>, o *QCancer®-10yr*, computa o risco de um paciente desenvolver câncer nos próximos 10 anos, considerando seus fatores de risco individuais. Não fornece um diagnóstico de câncer, mas o risco de desenvolver câncer nos próximos 10 anos evocando uma proposta que poderia ser integrada na prática clínica para a identificação de pacientes de alto risco. Como a pontuação principal do *QCancer®* acima, é uma pontuação centrada no paciente, não uma pontuação específica do local do tumor. Existem dois tipos de cálculo, um para homens e outro para mulheres. Todos os algoritmos desenvolvidos baseiam-se em dados coletados rotineiramente por milhares de médicos generalistas em todo o país que contribuiriam livremente com dados para o banco de dados '*QResearch*' de pesquisa médica. No entanto, só estão validados para a população do Reino Unido, também seria uma limitação ter sido um estudo de base hospitalar para seu desenvolvimento, e não levar em conta fatores como dieta e atividade física, uma vez que estes não são rotineiramente relatados nos registros eletrônicos de saúde. Basicamente, os resultados focam nos 11 tipos de cânceres mais comuns na Inglaterra, em 2012 (excluindo câncer de pele), conforme identificado pelo Instituto Nacional de Estatística (INS). Estes são, a seguir, listados alfabeticamente (em inglês, aqui traduzido):

1. Câncer hematológico (incluindo leucemias, linfoma Hodgkin, linfoma não-Hodgkin, mieloma);
2. Câncer de intestino (incluindo câncer de cólon e reto);
3. Câncer de mama (somente mulheres);
4. Câncer gastroesofágico;
5. Câncer de pulmão;
6. Câncer bucal;
7. Câncer de ovário (somente mulheres);
8. Câncer de pâncreas;
9. Câncer de próstata (somente homens);



10. Câncer do trato urinário (bexiga ou rim);  
 11. Câncer de útero (somente mulheres).

(HIPPISEY-COX; COUPLAN, 2015,1-2 p).

As estratégias de diagnóstico precoce devem ser formadas pelo tripé: população alerta para sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde também alertas para sinais e sintomas suspeitos de câncer e capacitados para avaliação dos casos suspeitos e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna; com qualidade, garantia da integralidade e continuidade da assistência em toda a linha de cuidado (INCA, 2015, 75 p).

### 1.2.1.1 Principais tipos de cânceres em mulheres e sinais/sintomas de alerta

Apresenta-se em continuação, duas listas das principais manifestações clínicas das principais neoplasias presentes nos adultos, no Brasil, sendo estas suscetíveis de caracterizar através de anamnese e exame físico, como primeiro passo na sua investigação clínica, a lista é uma adaptação das guias do NICE (National Institute for Health and Care Excellence, do Reino Unido), cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde do Brasil, e do material bibliográfico público do INCA, seguindo a ordem de frequência nas estatísticas do INCA.

Quadro 2: Principais tipos de câncer em mulheres no Brasil, por localizações primárias exceto não melanoma.

Tipo de câncer	Sinais/sintomas de alerta sugestivos (não são patognomônicos)
<b>Mama feminina</b>	<p>Nódulo (s) na mama de consistência endurecida e fixo (s) que aumenta (m) de tamanho.            Nódulos persistentes em mais de um ciclo menstrual.            Qualquer nódulo mamário na pós-menopausa (ou mulheres acima de 50 anos) ou com história de câncer de mama.            Distorção do mamilo.            Retrações na pele da mama.            Lesões crônicas eczematosa da pele mama que não respondem a tratamentos tópicos.            Lesões no mamilo com descarga papilar sanguinolenta unilateral            Linfadenopatia axilar.            Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja.</p> <p>§ Mama masculina: Massa subareolar unilateral em homem de mais de 50 anos.            (Adaptado de INCA, 2015, recomendações do Ministério da Saúde do Brasil e SEON, 2017).</p>

<b>Cólon e reto</b>	Dor abdominal, em maiores de 40 anos. -Retorragia em menores de 50 anos. -Massa abdominal ou tumorações. -Alterações do hábito intestinal sem etiologia aparente. -Sangramento intestinal crônico.
<b>Colo de útero</b>	Hemorragia Uterina anormal em mulher na menopausa.
<b>Traqueia, brônquios e pulmões.</b>	Hemoptise. Sintomas persistentes: Tosse, dispneia, rouquidão, infecções de repetição, baquetamento digital, linfadenopatia supra clavicular.
<b>Glândula tireoide</b>	Nódulo tireoidiano, associado à linfonodomegalia cervical (gânglios linfáticos aumentados no pescoço) e/ou à rouquidão.
<b>Estômago</b>	Perda de peso e de apetite, fadiga, sensação de estômago cheio, vômitos, náuseas e desconforto abdominal persistente.
<b>Corpo de útero</b>	Qualquer sangramento vaginal em mulher que já se encontra na menopausa. Sangramento entre os ciclos menstruais. Sangramento vaginal mais intenso que o habitual.
<b>Ovário</b>	Pressão, dor ou inchaço no abdômen, pelve, costas ou pernas, náusea, indigestão, gases, prisão de ventre ou diarreia e cansaço constante.
<b>Sistema Nervoso Central</b>	Cefaleia com as seguintes características: surgimento de uma dor de cabeça nova, mudança do tipo de dor de cabeça, piora da intensidade, aumento da frequência, ou quando a dor é fixa (aparece na mesma área cranial). Crises convulsivas em quem não tem diagnóstico prévio de epilepsia. Perda de funções neurológicas (déficits focais em relação ao padrão normal da pessoa): Dificuldades de equilíbrio. Visão turva. Mudanças de comportamento. Sonolência acentuada e coma.
<b>Leucemias</b>	Anemia: Fadiga falta de ar, palpitação, dor de cabeça, entre outros. Leucopenia: Infecções muitas vezes graves ou recorrentes. Trombocitopenia: Sangramentos, mais frequentemente gengivorragias, epistaxe, equimose, petéquias na pele. Adenomegalias não dolorosas em pescoço e axilas, febre e suores noturnos, perda de peso sem motivo aparente, desconforto abdominal (por hepatomegalia e/ou esplenomegalia). Dores ósseas e artralguas. Na afetação do SNC: Cefaleia, Náuseas, vômito, diplopia, desorientação.
<b>Linfoma não Hodgkin</b>	Adenomegalias não dolorosas do pescoço, axilas e/ou inguinais. Suor noturno excessivo. Febre. Prurido. Perda de peso maior do que 10% do basal, sem causa aparente.  § Sem evidência científica de benefício de rastreamento.
<b>Cavidade oral</b>	Adenomegalias no pescoço, axila e/ou região inguinal. Suor noturno excessivo. Febre. Prurido. Perda de peso maior do que 10% do basal, sem causa aparente.

<b>Pele melanoma</b>	<p>Lesão pigmentada pré-existente com aumento no tamanho, alteração na coloração e na forma da lesão, que passa a apresentar bordas irregulares.</p> <p>Aparecimento de uma pinta escura de bordas irregulares acompanhada de coceira e descamação.</p> <p>§ Sem evidência científica de benefício de rastreamento.</p>
<b>Bexiga</b>	Hematuria, Disúria e poliúria, tenesmo vesical.
<b>Esôfago</b>	<p>Disfagia de sólidos até líquidos (progressiva), dor retroesternal, dor torácica, sensação de obstrução à passagem do alimento, náuseas, vômitos e hiporexia.</p> <p>Perda de peso até 10% do peso corporal.</p> <p>Dificuldade ou dor ao engolir, dor retroesternal (atrás do osso do meio do peito), dor torácica, sensação de obstrução à passagem do alimento, náuseas, vômitos e perda do apetite.</p> <p>Na maioria das vezes, a dificuldade de engolir (disfagia) já sinaliza doença em estado avançado. A disfagia progride de alimentos sólidos até pastosos e líquidos. A perda de peso pode chegar a até 10% do peso corporal.</p> <p>§ Não há evidência científica de que o rastreamento traga mais benefícios do que riscos.</p>
<b>Laringe</b>	<p><u>Tumor supraglótico:</u> Dor laríngeo durante a deglutição, principalmente, alterações na qualidade da voz, disfagia leve, sensação de “caroço” na garganta.</p> <p><u>Tumor glótico ou subglótico:</u> Rouquidão</p> <p>Lesões avançadas das cordas vocais podem levar a dor na garganta, disfagia acentuada, e dispneia.</p>
<b>Linfoma de Hodgkin</b>	<p>A depender da localização.</p> <p>Adenomegalias superficiais do pescoço, axilas e inguinais indolores.</p> <p>Prurido.</p> <p>Dor ganglionar após ingestão de álcool.</p> <p>Queixas de dor óssea associado a fenômenos compressivos.</p> <p>Tórax: Tosse, dispneia, dor torácica.</p> <p>Abdômen e pelve: Desconforto e distensão abdominal.</p> <p><u>Sintomas B</u> (Sintomas constitucionais): Febre, suores noturnos e perda ponderal superior a 10% (últimos seis meses).</p> <p><u>Febre de padrão Pel-Ebstein:</u> Febre alta, que persiste durante uma a duas semanas, que alterna com períodos de apirexia de igual duração.</p>

Fonte: Elaboração própria, adaptação das guias NICE (2019) e do INCA (2019) e cadernos de Atenção Primária do Ministério da Saúde de Brasil.

### 1.2.1.2 Principais tipos de cânceres masculinos e sinais/sintomas de alerta

Quadro 3. Principais tipos de cânceres em homens no Brasil, por localizações primárias exceto não melanoma.

Tipo de câncer	Sinais/sintomas de alerta sugestivos (não são patognomônicos)
<b>1. Próstata</b>	<p>Costuma ser assintomático.</p> <p>Disúria, poliúria, polaciúria, nictúria, hematuria.</p> <p>Nas fases avançadas: Dores ósseas, sinais de infecção urinária e de doença renal</p>

	<p>crônica.</p> <p>§ Sintomas similares aos presentes na Hiperplasia Prostática Benigna.</p> <p>§ Controvertida evidência científica de benefício de rastreamento populacional.</p>
<b>2. Traqueia, brônquios e pulmões.</b>	<p>- Disfonia.</p> <p>Paciente tabagista por mais de 40 anos.</p> <p>- Exposição ao asbesto em maiores de 40 anos (Mesotelioma).</p> <p>- Tosse, dispneia, dor torácica em maiores de 40 anos.</p>
<b>3. Cólon e reto</b>	<p>- Dor abdominal, em maiores de 40 anos.</p> <p>- Retorragia em menores de 50 anos.</p> <p>- Massa abdominal ou tumorações.</p> <p>- Alterações do hábito intestinal sem etiologia aparente.</p> <p>- Sangramento intestinal crônico.</p>
<b>4. Estômago</b>	Dor abdominal ou dispepsia ou refluxo gastroesofágico.
<b>5. Cavidade oral</b>	<p>*Em tabagistas e etilistas (predominantemente).</p> <p>Linfadenopatia cervical isolada.</p> <p>Lesão ulcerada superficial ou profunda, lesões endofíticas, lesões nodulares: Principalmente em borda lateral de língua, lábio inferior, assoalho bucal.</p> <p><b>Lesões Pré-malignas:</b> Leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica.</p>

6. Esôfago	<p>Disfagia de sólidos até líquidos (progressiva), dor retroesternal, dor torácica, sensação de obstrução à passagem do alimento, náuseas, vômitos e hiporexia. .</p> <p>Dificuldade ou dor ao engolir, dor retroesternal (atrás do osso do meio do peito), dor torácica, sensação de obstrução à passagem do alimento, náuseas, vômitos e perda do apetite.</p> <p>Na maioria das vezes, a dificuldade de engolir (disfagia) já sinaliza doença em estado avançado. A disfagia progride de alimentos sólidos até pastosos e líquidos. A perda de peso pode chegar a até 10% do peso corporal.</p>
7. Bexiga	<p>Hematúria, Disúria e poliúria, tenesmo vesical.</p> <p>§ Sem evidência científica de benefício de rastreamento</p>
8. Laringe	<p><u>Tumor supraglótico:</u></p> <p>Dor laríngeo durante a deglutição, principalmente, alterações na qualidade da voz, disfagia leve, sensação de “caroço” na garganta.</p> <p><u>Tumor glótico ou subglótico:</u></p> <p>Ronquidão.</p> <p>Lesões avançadas das cordas vocais podem levar a dor na garganta, disfagia acentuada, e dispneia.</p>
9. Leucemias	Anemia: Fadiga falta de ar, palpitação, dor de cabeça, entre outros.

	<p>Leucopenia: Infecções muitas vezes graves ou recorrentes.</p> <p>Trombocitopenia: Sangramentos, mais frequentemente gengivorragias, epistaxe, equimose, petéquias na pele.</p> <p>Adenomegalias não dolorosas em pescoço e axilas, febre e suores noturnos, perda de peso sem motivo aparente, desconforto abdominal (por hepatomegalia e/ou esplenomegalia).</p> <p>Dores ósseas e artralguas.</p> <p>Na afetação do SNC: Cefaleia, Náuseas, vômito, diplopia, desorientação.</p>
10. Sistema Nervoso Central	<p>Cefaleia com as seguintes características: surgimento de uma dor de cabeça nova, mudança do tipo de dor de cabeça, piora da intensidade, aumento da frequência, ou quando a dor é fixa (aparece no mesmo lugar).</p> <p>Crises convulsivas em quem não tem diagnóstico prévio de epilepsia.</p> <p>Perda de funções neurológicas (déficits focais em relação ao padrão normal da pessoa):</p> <p>Dificuldades de equilíbrio.</p> <p>Visão turva.</p> <p>Mudanças de comportamento.</p> <p>Sonolência acentuada e coma</p>
11. Linfoma não Hodgkin (LNH)	<p>Adenomegalias não dolorosas do pescoço, axilas e/ou inguinais.</p> <p>Suor noturno excessivo.</p> <p>Febre.</p> <p>Prurido.</p> <p>Perda de peso maior do que 10% do basal, sem causa aparente.</p> <p>§ Sem evidência científica de benefício de rastreamento.</p>
12. Pele melanoma	<p>Lesão pigmentada pré-existente com aumento no tamanho, alteração na coloração e na forma da lesão, que passa a apresentar bordas irregulares.</p> <p>Aparecimento de uma pinta escura de bordas irregulares acompanhada de coceira e descamação</p> <p>§ Sem evidência científica de benefício de rastreamento</p>
13. Glândula tireoides	<p>Nódulo tireoidiano, associado à linfonomegalia cervical (gânglios linfáticos aumentados no pescoço) e/ou à rouquidão.</p>
14. Linfoma de Hodgkin	<p>Adenomegalias não dolorosas do pescoço, axilas e/ou inguinais.</p> <p>Suor noturno excessivo.</p> <p>Febre.</p> <p>Prurido.</p> <p>Perda de peso maior do que 10% do basal, sem causa aparente.</p> <p>§ Sem evidência científica de benefício de rastreamento</p>

Fonte: Elaboração própria, adaptação das guias NICE (2019) e do INCA (2019) e cadernos de Atenção Primária do Ministério da Saúde de Brasil.

### 1.2.1.3 Sintomas gerais de alarme:

Como dito: são gerais, e podem estar presentes em doenças banais ou de natureza não oncológica.

- ✓ Hiporexia: A diminuição apenas do apetite e da fome (Anais Brasileiros de Medicina, nº 47. 1957. 25 p). Trata-se de um sintoma inespecífico que pode estar relacionado com câncer em diversas localizações. Perante um paciente com este sintoma sem justificativa, deve realizar-se uma avaliação mais completa, atentando a outros sintomas e sinais que possam orientar a um tipo de tumor.
- ✓ Astenia. Estado de fraqueza geral (GUIMARÃES, 2002, 67 p).
- ✓ Febre. A febre persistente, sem causa aparente, descartadas outras causas, deve contemplar-se a possibilidade de doença oncológica, especialmente de origem hematológica.
- ✓ Sudorese noturna e prurido generalizado: O prurido é o termo médico para coceira (Idem, 376 p). Na concomitância de adenopatias periféricas ou adenomegalias, faz suspeitar de um linfoma.
- ✓ Perda de peso involuntária: Quando acima de 5% respeito ao peso basal em um período de 6 a 12 meses. Pode tratar-se qualquer tipo de câncer, porém especialmente acompanha os tumores gastrointestinais, pulmonares e linfomas.

### 1.2.1.4 Sintomas por sistemas:

#### - Respiratório:

- ✓ Hemoptise: Tosse com sangue (Idem, 246) Constitui-se um sinal de alarme de câncer de pulmão, preferencialmente na população tabagista e acima de 40 anos de idade.
- ✓ Tosse, dispneia e dor torácica de mais de 3 semanas. A dispneia, é a dificuldade para respirar (Idem, 159 p). Em maiores de 40 anos, tabagistas, investigar se os sintomas.
- ✓ Disfonia: É um distúrbio na voz (Idem, 158 p). Pode estar presente em câncer de pulmão e laringe, comprometimento do nervo laríngeo recorrente.

#### - Digestivos:

- ✓ Disfagia: É a dificuldade para a deglutição (Ibidem). Perante uma disfagia progressiva inicialmente para sólidos, e depois para líquidos, pode ajudar a orientar a um tumor de esôfago ou orofaringe, no contexto de tabagismo e etilismo (sobretudo).

- ✓ Dor abdominal superior, dispepsia, náuseas e vômitos, perda de peso: Em maiores de 55 anos, devem descartar-se tumores esofagogástricos.
- ✓ Icterícia: Ou seja, a coloração amarelada da pele e das mucosas do corpo (Idem, 267 p). Em ausência de outra sintomatologia em maiores de 40 anos, descartar um tumor pancreático.
- ✓ Alterações do hábito intestinal e dor abdominal: Tumores de cólon esquerdo.
- ✓ Hematoquezia: É o sangramento retal vermelho-brilhante ou marrom. (LONGO, *et al.* 2013. 262 p). É frequente em tumores do sigmoide e reto.
- ✓ Retorragia: Ou perda de sangue pelo reto (ESPINAL; RAMOS, 2007. 166 p). Pode tratar-se de câncer colorretal, especialmente se acompanhada de dor abdominal, mudanças no hábito intestinal e perda de peso.
- ✓ Dor abdominal e pélvica, saciedade precoce, sensação de plenitude abdominal. Isto é, dor, com sensação de ter comido o suficiente antes mesmo de comer o que normalmente comeria ou uma quantidade mínima, ou abdômen de aparência inflamada (SANDS, 2018, Seção 3). Pode ser sintomas iniciais de câncer de ovário em mulheres, especialmente em maiores de 40 anos com história familiar de câncer.

**- Urológicos:**

- ✓ Hematúria: Ou presença de sangue na urina (GUIMARÃES, 2002, 245 p). Comum em tumores de rins e bexiga em ausência de infecção. Maior risco de câncer de bexiga em tabagistas, ou pessoas expostas a aminas aromáticas.
- ✓ Disúria: Ou ato de urinar de maneira difícil ou dolorosa (IBIDEM, 161 p). Pode ser sintoma precoce de câncer de bexiga, principalmente se acontece no contexto de hematúria sem outra causa que a explique, em maiores de 60 anos com infecções urinárias a repetição cabe suspeitar este tipo de câncer.
- ✓ Nódulo ou aumento indolor do tamanho de um testículo: Pode significar um tumor testicular, outra porcentagem refere dor tipo sensação de peso nos testículos, área perineal ou perianal.
- ✓ Poliúria, polaciúria, nictúria ou noctúria, urgência miccional e retenção urinária aguda: ou urinar muitas vezes durante o dia em pequena ou abundante quantidade, sentindo urgência de ir a o banheiro, ou ter que despertar muitas vezes no meio da noite para urinar. (IBIDEM, 326, 364, 365 p). São sintomas comuns ao câncer de próstata, e a hipertrofia prostática benigna.

- ✓ Lesão persistente em glândula ou pênis: Se descartada doença infecciosa, que não cura após tratamento, suspeitar o câncer de pênis.

**- Ginecológicos:**

- ✓ Hemorragia uterina anormal: Na menopausa. Sempre tentar descartar o câncer de endométrio.
- ✓ Sangramento vaginal anormal espontâneo, ou sinusorragia, merece descartar um câncer de colo uterino. Embora o câncer de colo uterino costume ser assintomático em etapas iniciais, assinalando a importância dos programas de screening.
- ✓ Lesões nos grandes e pequenos lábios da vulva, em forma de placa, úlcera ou nódulo, ou seja, ferida persistente, caroço ou engrossamento nos lábios da vulva, podem ser sintomas de alerta para câncer de vulva.

**- Cabeça e pescoço:**

- ✓ Lesões exofíticas ou úlceras que não cicatrizam em três semanas, isto é, verrugas ou feridas que não melhoram no tempo que normalmente o fariam; às vezes estão acompanhadas de dor e sangramento (WOLFF *et al.* 1997, 480 p).
- ✓ Disfagia: “É a dificuldade de movimentar o alimento ou os líquidos por meio da boca, da faringe e do esôfago” (LONGO, *et al.* 2013. 248 p.). Apresenta-se em tumores de orofaringe ou de hipofaringe, habitualmente junto à otalgia reflexa, odinofagia (dor ao deglutir), sangramento ou adenopatias cervicais.
- ✓ Disfonia: Ou distúrbio na voz. É o sintoma mais frequente em câncer de laringe, tumor de glote. Atentar sobre tudo em paciente fumante. Se houver estridor (som estranho no passo do ar pela garganta) e dispneia (sensação subjetiva de dificuldade para respirar) (GUIMARÃES, 2002, 158 p.; LONGO, *et al.* 2013, 26; 1248 p).
- ✓ Epistaxe e obstrução nasal unilateral: A epistaxe é o sangramento pelo nariz (GUIMARÃES, 2002, 188 p). Pode sugerir tumores de nasofaringe, por vezes coexistem com hipoacusia, cefaleia e adenopatias cervicais palpáveis.

**- Sintomas cutâneos:** Os clássicos sinais de possível melanoma, são assinalados pela sigla em inglês ABCDE, de Assimetria, irregularidade nas Bordas, mudanças na Cor, Diâmetro de mais de 6 mm, Evolução: mudanças na forma, tamanho ou cor, ou aparição recente.

Também dispõe-se dos 7 pontos do sistema de Glasgow, o qual é um sistema de verificação para orientar diagnóstico de melanoma (WHO, 1994):



Critérios maiores (Dois pontos por cada):

1 = Mudança no tamanho

2 = Mudar de forma

3 = Mudança de cor

Critérios menores (Um ponto por cada):

4 = Inflamação

5 = Crostas ou sangramento

6 = mudança sensorial

7 = Diâmetro > 7 mm

Diante a soma de três ou mais pontos, há maior suspeita de melanoma.

- ✓ \* Na pele da mama: A presença de retração cutânea, eritema, inflamação ou aparência de casca de laranja. Placa eritematosa no mamilo, acompanhada de ulceração e secreção serosa ou sanguinolenta, suspeita de doença de Paget da mama, um tipo de câncer do mamilo, especialmente se envolver pacientes com mais de 55 anos (DECHERNEY, *et al.* 2014. 127 p).

### 1.3 Percepções de enfermidade e nível socioeconômico

A famosa pesquisa realizada por Earl Lomon Koos, intitulada “*Health in Regionville. What the People thought and did about it*” (KOOS, 1960) teve como primeira premissa o fato de que a saúde dos indivíduos está intimamente relacionada, de uma forma ou de outra, ao seu ambiente social e econômico.

A segunda referia-se ao fato que, a despeito do conhecimento sobre a incidência e da mortalidade de doenças por extratos sociais e ocupacionais, havia poucos estudos relacionados à determinação social do comportamento humano relacionado à saúde e doença.

Neste estudo, foram analisadas 514 famílias de uma pequena comunidade do norte do estado de Nova York, totalizando 2.500 indivíduos. Por meio de visitas e entrevistas em intervalos regulares, buscou-se conhecer os hábitos e atitudes frente à saúde e à doença, a maneira como estas famílias usavam os recursos disponíveis na comunidade para lidar com as questões da saúde. A classe social foi a principal variável de análise utilizada (variável dependente) para estudar as diferenças entre os seus membros. A hipótese era que os pensamentos e comportamentos em matéria de saúde estavam relacionados à condição de classe das famílias da comunidade.

Renda, ocupação e pertencimento grupal foram utilizados para hierarquizar três classes sociais. A Classe I representou 9,1% da amostra estudada, a Classe II, 65% e a Classe III, 25%.

O escopo das entrevistas compunha os seguintes aspectos: Dados familiares, padrões de agrupamento, experiências de adoecimento no último ano, utilização de: hospital, pessoal médico e não médico, medicamentos no domicílio, serviços de enfermagem, programas de saúde comunitários, educação em saúde formal e informal e problemas com o cuidado médico.

A pesquisa encontrou poucas atitudes positivas voltadas para a preservação da saúde, com tendência dos indivíduos a agir somente quando estavam doentes.

Crenças mantidas em grupo parecem, de longe, ter sido as forças mais poderosas. Por exemplo, um sintoma pode ser desconsiderado se a experiência do grupo e o conteúdo cultural forem ditados. Coloca desta forma: "Fazer qualquer coisa significaria negar todas as expectativas de seu grupo e ir contra a herança social...".

Quando os cidadãos de Regionville foram questionados sobre seus registros pessoais de saúde, 48% disseram que não tinham doença reconhecível durante os 12 meses anteriores. O número de pessoas que desfrutavam dessa boa saúde era proporcionalmente maior na Classe I e menor na Classe III.

Foram encontradas diferenças significantes em atitudes frente às doenças, e utilização de consultas de médicos, dentistas, farmacêuticos e de serviços de saúde.

Os médicos de família foram buscados por 67% dos respondentes e suas principais razões para esta busca foram: preocupação com o bem-estar (683) é melhor prevenir do que remediar (203), prevenir complicações (192), comportamento usual do grupo determinou a ação (140), prevenir a disseminação da doença (70).

Os médicos de família eram mais apreciados por sua acessibilidade e boa vontade em dispensar medicamentos.

As atividades de saúde da comunidade em Regionville não despertaram muito interesse. A proporção de entrevistados em cada classe que não conseguiram nomear nenhuma atividade em seu próprio município foi de 21%, 51% e 84%, respectivamente. O reconhecimento de problemas de saúde da comunidade que exigem ação era ainda mais escasso.

A respeito da utilização de consultas foi encontrada uma moderada diferença de opiniões entre as classes II e III e uma marcada diferença na Classe III. Considerando o fato que os médicos pertenciam à Classe I, as famílias desta classe tinham atitudes positivas com relação à saúde, maior adesão aos tratamentos e avaliaram o atendimento de forma positiva. Já as famílias da Classe III tinham atitudes indiferentes ou negativas em relação a questões de saúde, utilizaram o tratamento de maneira inconsistente e o avaliaram de maneira confusa. A Classe II tinha atitudes semelhantes à Classe I, mas tinham, comparavelmente, maiores dificuldades de acesso aos recursos.

Quando os indivíduos eram perguntados sobre que sinais ou sintomas eram significantes para eles a ponto de procurarem a atenção de um médico, os membros da Classe I apresentavam um alto reconhecimento dos sintomas de risco, enquanto as Classes II tinham uma menor sensibilidade para os mesmos.

Já a Classe III demonstrou uma marcada indiferença para a maioria dos sintomas apontados. (tabela 5) (Kloetzel, 1977).

Tabela 5. Proporção de indivíduos que considera sinais e sintomas suficientemente importantes para procurar um médico Ref: Kloetzel 1977

<b>PROPORÇÃO DE INDIVÍDUOS QUE CONSIDERA SINAIS E SINTOMAS SUFICIENTEMENTE IMPORTANTES PARA PROCURAR UM MÉDICO</b>					
			Classe I	Classe II	Classe III
Perda de apetite			57	50	20
Dor lombar persistente			53	44	19
Tosse rebelde			77	78	23
Dor articular ou muscular			80	47	19
Sangue nas fezes			98	89	60
Sangue na urina			100	93	69
Hemorragia vaginal abundante			92	83	54
Edema dos membros inferiores			77	76	23
Perda de peso			80	51	21
Sangramento de gengivas			79	51	20
Fadiga crônica			80	53	19
Falta de ar			77	55	21
Cefaleia persistente			80	56	22
Vertigens			80	51	33
Dor torácica			80	51	31
Nódulo Mamário			94	71	44
Tumoração abdominal			52	65	34

Fonte: Koos 1955 Comunidade de Regionville Norte do Estado de Nova York).

Se o objetivo da educação em saúde é garantir um reconhecimento de sinais e sintomas que leve as pessoas a quererem fazer algo a respeito de si, as entrevistas sobre a experiência pessoal de saúde demonstraram uma divergência notável. Um indivíduo podia diferenciar um resfriado como uma doença, por exemplo, mas não inchaço dos tornozelos ou falta de ar. As implicações deste estudo nos parecem evidentes. Todos os profissionais e gestores da saúde deveriam conhecer estas diferenças de atitudes e comportamentos, já que, em último caso, afetam a resolutividade e os resultados da atenção à saúde. Outra implicação estaria ainda relacionada à forma como os profissionais, normalmente inseridas na classe social superior, se relacionam com os seus usuários. Haveria diferenças de atitudes e comportamentos dos profissionais dependentes da classe social dos pacientes. (ROSEN, 1955; DALZELL-WARD, 1957).

Esta investigação demonstrou que existem vários fatores que influenciam as atitudes e comportamentos em relação à saúde. Estes são o nível de educação e variação na experiência, e a influência das crenças de grupo. A percepção da saúde e da doença é limitada pelo grau em que os indivíduos podem se mover livremente em suas relações sociais. Ela também é limitada por certos fatores psicológicos, que provocam uma alta demanda por atendimento médico.

De acordo com este estudo, ainda, muitas das atitudes das classes foram influenciadas pela formação educacional, bem como pela pressão do grupo.

No contexto brasileiro atual, a auto avaliação do estado de saúde mostra-se gritantemente influenciado pelo grau de escolaridade referindo pior percepção da própria saúde as pessoas com menos de oito anos de escolaridade, o que condiz com a menor utilização de exames de tipo preventivo entre a população de baixa escolaridade, e maior prevalência de doenças crônicas. (BARATA, 2009, 29-34p).

Diversos estudos realizados na população brasileira concluem que a posição social, e as diferenças socioeconômicas de estratificação social de cada indivíduo, efetivamente, repercutem sobre sua saúde (IDEM, 29 p).

Além disso, pondera-se a complexidade socioeconômica do Brasil, refletida nas desigualdades sociais, inclui fenômenos como a classe social, etnia, gênero, discriminação, o acesso aos serviços de saúde, a ocupação, e características culturais, políticas de saúde, a existência de um sistema único de saúde para todos, entre outros. Pelo qual recomenda-se que, quando sejam feitas pesquisas desde as diversas áreas de

estudo que relacionem as variáveis socioeconômicas e a saúde da população, sejam atualizadas e aperfeiçoadas as categorias conceituais e se criem indicadores sociais adequados (IDEM, 23-41; 109-110 p).

Não foram achados outros estudos em pacientes, sobre auto avaliação de sintomas e sinais sugestivos de doença oncológica.

#### **1.4 O papel do médico e a doença:**

Diferentes perspectivas sociológicas sobre a sociedade dão origem a diversas explicações sobre o papel do conhecimento médico e as causas sociais da doença. Eles também são baseados em vários modelos sociológicos, em parte complementares, em parte contraditórios. Citam-se aqui, apenas alguns dos mais representativos, sem pretender esgotar um tema tão vasto e complexo.

A sociologia médica, no campo da assistência à saúde, no que se refere a tomada das decisões e direções dos tratamentos, atribui a exclusividade ao profissional de saúde, como fonte válida e detentor de conhecimentos, fundamentado nas ciências naturais. Esta visão compromete a noção da doença, pois seu alvo é só o estritamente biológico, desdenhando os fatores sociais, inclusive a relação médico-paciente. Habermas (2011) e sua teoria comunicativa, ao ser operada, viabilizaria uma relação de reciprocidade e confiança. Assim sendo, os próprios referidos são os autênticos intérpretes dos seus interesses. Ao excluí-los, não se leva em conta, está excluindo-se os modos da experiência social que formam parte da saúde (FELDHAUS, DUTRA, 2009, p. 118-20).

Para conhecer a dinâmica humana, é recomendável compreender os atos característicos do indivíduo, e depois relacioná-los com a experiência prévia, elucubrando sobre a intimidade da pessoa e observando se tal postulado consegue explicar todos os atos. Une-se o ser humano com sua dinâmica, convertendo-se em 'fato-evento' passível de estudo desde as vivências concretas ou desde a sua totalidade. A estrutura dinâmica, definida por Entralgo, P.L. (1984, Apud Orringer, 2008, 201 p) é dividida em estruturas operativas (morfogenéticas, sustentadoras, executivas), impulsivas (as que governam a energia físico-química, e as que o fazem com a energia instintiva), as significativas (i.e. Consciência psicológica, a percepção espacial e corporal, temporal, identidade, consciência moral, percepção do estar, a emoção, a dor,

os sonhos, os símbolos), cognitivas, expressivas, almeçadas (fins últimos, e médios imediatos), possessivas, psico-orgânicas e pertencentes à vida pessoal.

A sociologia do corpo, advinda da Epistemologia, estuda como nossos corpos são afetados por influências sociais, pois o corpo é socialmente construído, nas suas ações coletivas. “É a sociologia do enraizamento físico do ator no universo social e cultural” (LÊ BRETON, 2010, 99 p). Não sendo o corpo imutável, ambíguo no seu termo, pelas conotações que podem atribuir-se a este; visto desde os elementos históricos: as tradições populares o corpo está sob a influência do universo, em indivisibilidade com a natureza, sendo o corpo visto como um anexo à totalidade. Embora o conhecimento médico separe o homem do seu corpo, são numerosas as concepções que vinculam o homem ao cosmos. Nos elementos etnográficos, o corpo pode ser uma realidade que difere de uma sociedade para outra (portanto simbólica), não é o corpo só uma coleção de órgãos, inclusive são diferentes sob a óptica de sociedade ocidental. Do ponto de vista das sociedades ocidentais, o isolamento dos corpos, o homem separado do cosmos, de si mesmo e também de outrem, significa, no individualismo ocidental, o aprisionamento do homem, sobre si próprio. A sociologia do corpo acentua com as dimensões pessoais, social, e cultural a diferença das asserções médicas anatomofisiológicas. Fica claro que há uma variabilidade de uma cultura e de um grupo com respeito a outro. A contemporaneidade, com as suas mudanças e o surgimento de doenças, também modifica as atitudes sobre o corpo e os modos de usá-lo (IBIDEM).

Na sociologia parsoniana, referido a Talcott *Parsons* (2011), reluz o protagonismo da medicina na manutenção da harmonia social, apontando para uma base não mercantil de grupos profissionais, enfatiza a natureza difusa das relações de poder na sociedade moderna. As profissões, especialmente as profissões de ajuda, desempenhariam um papel fundamental para induzir os indivíduos a cumprir papéis sociais "normais". O modelo de incapacidade estaria relacionado as dificuldades do indivíduo doente em desempenhar funções de acordo com as expectativas dos outros. Este assumiria o papel de ‘doente’, legitimado pela sociedade, submetendo-se às terapias médicas. O objetivo comum na relação médico-paciente seria de restaurar a capacidade física e/ou mental da pessoa de participar normalmente das interações sociais. Desta maneira, a doença representaria o colapso dos controles, e a tarefa do médico seria, em consequência, fazer com que o paciente reprima suas ‘tendências desviantes’ (palavras do autor). A função prática do médico estaria assim definida como integrativa, salvaguardando a própria

existência da sociedade, e seu funcionamento ordenado. No devido tempo, a saúde foi tratada como um “pré-requisito funcional” de ordem social, tornando a prática médica sua garantia, uma instituição central da sociedade. (GERHARDT, 1990; WHITE, K. 2002, 6 p).

Na perspectiva de Foucault (1979), existiria uma contradição entre os direitos individuais e da vigilância social do Estado nas sociedades modernas. Isto levaria que se internalizassem modelos “profissionais” do comportamento social, isto é, o poder permeando os valores internalizados pelos indivíduos. O feminismo foucaultiano, por outro lado, é mais consciente das ambiguidades do papel das mulheres e da forma como as mulheres são medicalizadas. No entanto, no balanço, o conhecimento médico, especialmente quando se manifesta em movimentos de autoajuda e automonitoramento da saúde, está profundamente disseminado. Foucaultianos feministas argumentam que grandes partes do movimento de saúde das mulheres foram incorporadas à rede patriarcal de auto monitoramento (WHITE, K. 2002, 6 p).

Sob o olhar marxista enfatiza-se o papel causal da economia na produção e distribuição das doenças. (WHITE, K. 2002 p. 6).

Alguns sociólogos que se concentram na etnicidade apresentam uma imagem da sociedade como "racializada", operando com uma noção cientificamente desacreditada de raça para justificar a exclusão e subordinação de pessoas de diferentes cores ou identidade étnica, no entanto, tentam explicar o racismo em múltiplas explicações, não unânimes, por exemplo, com o argumento da predisposição cultural, e então o modelo Weberiano, exprime como há um sentido de pertença, de identidade e vida em comum (comunidade), que vai além dos traços físicos e biológicos, os neoweberianos, acrescentam o racismo explicado desde as relações assimétricas de estratificação econômica e social, e em resumo Parkin (1974) enfatiza no racismo sustentado nas relações de poder. (PARKIN, 1974; BURRIS, 1983; WHITE, K. 2002 p. 6; SILVA e SOBRAL, 2013. p. 49 -50).

As realidades da clínica devem ser analisadas a partir de perspectiva transcultural. Sendo a cultura algo aprendido e replicado. É de interesse da antropologia neste sentido, identificar os padrões culturais, o simbolismo, e discernir a experiência do adoecer, se cuidar, o viver em sociedade, partindo de que a experiência é intersubjetiva e relacional no coletivo. A “cultura brasileira” seria considerada complexa pela sua constituição em grupos étnicos, classes sociais, costumes, credos, crenças e práticas religiosas, o que faz

desta um desuniforme intrincado. O profissional e pesquisador da saúde devem entender esta complexidade como pano de fundo do contexto no qual se vinculam saúde, cultura e sociedade. (LANGDON; WIIK, 2010, Tela 175).

A ‘indissociabilidade’ do corpo e espírito que perpassa qualquer ato humano, refletindo um caráter biocultural aos valores sociais: marcadamente ostensivo nas características do feminino e do masculino da execução. (Russo, 2006 In: NAVARRO, PITANGUY 2006, 190 p).

Ressalta-se o caráter moral da autoridade médica, que dita ‘bons estilos de vida’ e regras do bem-viver; no entanto reconhecido este aspecto físico-moral, onde a pessoa doente é uma pessoa diminuída, que possui um sofrimento moral. Este deseja curar-se, mas também dar um significado moral a seu mal-estar, sendo necessário que este evento dê um sentido na sua vida, Em contraposição, o médico que foca no corpo-objeto, na intervenção exclusiva do fisiológico ou bioquímico é incapaz de lidar com a dimensão moral do sofrimento do doente (Russo, 2006 In: NAVARRO, PITANGUY 2006, 192-93 p).

A medicina é também indissociável dos princípios de Hipócrates, o juramento hipocrático, em sua versão antiga ou moderna, é a carta que estabelece os princípios da profissão médica, resumidos em: o bem-estar, a autonomia do paciente, e a justiça social. Estes parecem ter contribuído ao longo da história, para preservar a integridade dos médicos e orientar a sua prática, a despeito de pressões sociais, políticas ou económicas nos diferentes contextos. Cria-se no ato médico, um compromisso implícito, do médico com o doente, a ciência e a sociedade. Em consequência se exigem o ‘profissionalismo’ do médico, para cumprir com os fins da medicina: A prevenção das doenças e promoção da saúde, o alívio da dor e os sofrimentos devidos às doenças, dar atenção aos pacientes suscetíveis de cura, e cuidados aos ‘incuráveis, evitar uma morte precoce e a busca de uma morte com tranquilidade. (NUÑEZ-CORTÉS, 2014, S 23, 24).

*“Quais características devem ter e colocar em jogo o médico para ser um médico eticamente bom? Talvez a melhor resposta a esta questão tenha sido dado por Aristóteles em sua "ética nicomaquea". O homem tem, diz este filósofo, uma série de "virtudes" que foram divididas em teóricas e práticas. As primeiras pertencem à pura atividade do pensamento; são as "virtudes" intelectuais ou especulativas, são estas: a inteligência, a ciência e a sabedoria. O outro tipo de "virtudes" pertence às ações do homem, à sua atuação no mundo: A prudência, a discrição, os bons conselhos e a arte” (Tradução livre. MARTÍNEZ, 2002, 117 p.).*



### 1.5 A saúde desde a sociologia

É possível que os avanços na saúde pública possam encobrir o fato que a doença e a saúde se distribuem de maneira diferente entre a população, sabe-se que há desigualdades na saúde, que aparentemente estão relacionadas com padrões socioeconômicos, as variáveis individuais além de fatores estruturais ou ambientais. Dois grandes estudos feitos na Grã Bretanha, o “Relatório Black” (1980) centrado nas disparidades materiais, e “A divisão da saúde” (“*The Health Divide*”, 1987), que em síntese, em média as pessoas que pertencem a altas classes sociais, gozam de melhor saúde, e ainda são mais fortes, altos e vivem mais do que os menos abastados. Aliás, estudos feitos em outros países industrializados, ratificam as desigualdades em saúde, e que inclusive tendem a aumentar. Não se tem conseguido identificar com diafanidade os mecanismos que as expliquem, suscintamente aludem as seguintes: 1. Um possível viés dado pela maneira como são coletados os dados, que devem ser analisados com ceticismo (‘artefatos estadísticos’); 2. ‘As explicações seletivas de saúde’, que defendem que a saúde de um indivíduo influencia sua posição social e não ao contrário, argumentando que as pessoas que gozam de boa saúde tendem a ter mais sucesso e possibilidade de ascensão social. 3. As ‘explicações comportamentais ou culturais’, que chamam a atenção sobre os estilos de vida individuais, muito arraigados no próprio contexto cultural, não tendo pleno controle sobre estes. 4. As ‘explicações ambientais ou materialistas’, que ponderam a distribuição da riqueza, condições de habitação e emprego (GIDDENS, 2008, 147-50 p.).

Quanto ao gênero, as mulheres têm maior esperança de vida do que os homens, mas também parecem padecer de mais doenças, quando comparados. As mulheres tendem a procurar mais os cuidados médicos, inclusive os serviços de atenção primária à saúde padrões de saúde tanto de homens como de mulheres resultam de fatores sociais e condições materiais incluídos o ambiente. Há uma maior mortalidade por violência e acidentes em homens, aparentemente explicado, pelo menos parcialmente, pelo seu estilo de vida que envolve maiores riscos. (PINHEIROS *et al.* 2002, 688-90 p.; FIGUEREIDO, 2005; GIDDENS, 2008, 154 p.).

Ao se considerar a relação entre raça e a saúde, parte-se da dificuldade que existe ao conceituar: ‘raça e etnicidade’. Tem-se mencionado a presença do racismo na prestação de cuidados de saúde, ou seja, um acesso desigual aos serviços de saúde. No

Brasil, existe uma trajetória de lutas sociais, e políticas de saúde, que vão desde a extinção legal da escravidão em 1888, passando pela criação de um Comitê Técnico de Saúde da População Negra no Ministério da Saúde, em 2003, onde destacou-se o racismo como determinante de adoecimento e morte precoce da população negra, consolidou-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no ano 2009, visibilizando e criando ações de enfrentamento a doenças mais predominantes nesta população. Merece também realçar a Instituição da Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e das Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão, no ano 2017, sendo o Maranhão o primeiro Estado brasileiro a aprovar uma lei estadual no tocante a este assunto. O desafio continuará sendo parte da agenda, e tem-se proposto muitos caminhos para combater o racismo institucional, sob a pressão de grupos sociais de reivindicação, para melhorar o acesso e utilização dos serviços de saúde, sobretudo no SUS, levando em conta a singularidade e vulnerabilidade, especialmente da mulher negra. (GIDDENS, 2008, 154-55 p.; WERNECK, 2016).

### **1.6 O papel do paciente e a doença:**

Na concepção popular, a etiologia toma outros rumos, que pode explicar as doenças, assim como os sintomas e sinais segundo seu contexto e entendimento da vida e da morte. Podem ter como concepção causal fenômenos naturais, emocionais, ecológicos, e sobrenaturais, sendo até profundamente supersticiosos; transpassando o singelo entendimento biomédico, influenciado profundamente pela história das pessoas, sua classe e condição social (MINAYO, 1988).

Há uma relação do doente com a sua enfermidade antes e independente da presença do médico. Durante o período inicial de uma doença o indivíduo afasta-se do seu ambiente, antes cria e depois desenvolve a doença, para logo extraí-la de si mesmo. Período, que Balint (1988), assinala como mal conhecido, não obstante muito importante, para o que será a doença e o doente. O método psicanalítico, é pouco eficaz, salienta, para detalhar como o paciente progride na luta contra o processo patológico.

É, pois, relevante ver na luz da ciência médica, a relação do homem com a sua doença, partindo de um indivíduo são e bem integrado, que é perturbado na sua harmonia por um agente externo, seja físico, químico, biológico ou mental. A doença

seria o resultado do somatório do dano original e as defesas do corpo ou da mente. Entende-se, nesta teoria psicológica, que somos na essência ‘bons’ e que o ‘mal’ deve vir de fora. Em vista disso, o tratamento adequado será expulsar esse “mau” da pessoa. Se a doença durar pouco tempo, mais provavelmente deva-se a um agente exterior. Se o período for mais prolongado, parece mais tratar-se de uma condição característica do paciente. Se a deficiência não gerar grande tensão é possível adaptar-se às condições apresentadas.

*“Durante a fase inicial de uma doença aguda, quando o paciente se acha ainda sob a influência do choque inicial, isto é, quando a sua enfermidade é ainda “não organizada”, o médico constitui geralmente um apoio e permite ao paciente uma atitude de dependência. Quando passa o choque inicial, e a enfermidade em lugar de desaparecer “se organiza” e adota uma forma crônica, sempre que possível o médico deverá tentar obter a colaboração do paciente para estabelecer um compromisso aceitável entre os seus costumes habituais e as exigências da doença” (Balint, 1988, 108 p).*

Se a tensão, todavia, que consegue suportar aumenta abruptamente, ou se atinja zonas influenciadas por suas deficiências fundamentais o problema a esta altura seria superior as suas forças. Até aqui o paciente encontra-se só com a sua doença. Passa a ser terreno dos clínicos, quando o paciente começa a queixar-se:

*(...) Veio em busca de ajuda porque não pode compreender por si mesmo seus problemas (...) (Balint, 1988. 119 p).*

A experiência da doença é interpretada tanto pelo doente como pelas pessoas que o rodeiam. A doença possui dimensões pessoais e públicas, a visão da escola funcionalista, exprime neste respeito, as normas de comportamento que se atribuem aos doentes, e já na óptica dos interacionistas simbólicos, vem à baila as interpretações que podem atribuir-se à doença (GIDDENS, 2008. 161 p).

O papel do doente foi introduzido formalmente pelo sociólogo de Harvard Talcott Parsons em 1951, além caracterizar o papel que a sociedade lhe fazia configurar, também tinha a responsabilidade nova de tentar recuperar seu papel social habitual, pelos seus próprios meios, assim como cooperando com os seus cuidadores, e curandeiros (BURNHAM, 2013. 71 p).

Os três pilares do papel do doente, segundo Giddens (2008) seriam resumidos assim: A pessoa doente não é pessoalmente responsável por estar doente; a sociedade concede certos direitos e privilégios à pessoa que está doente; a pessoa doente deve

esforçar-se por recuperar a sua saúde, assumindo-se como paciente e consultando um médico.

Giddens também discorre sobre outro papel do doente ‘o papel não legítimo’, como é chamado, na presença de condições de saúde ou doenças estigmatizadas por outrem. Em contraposição à doença que segundo a posição vulnerável do enfermo, lhe legitima ou não a obter ‘privilégios especiais’. Entretanto, o papel do doente não é um processo linear, a experiência do doente varia em função da gravidade, e sua percepção deste fato, como advertem outros estudos. Divide-se o papel do doente em: condicional, para aqueles cuja doença é temporária, e o doente legitimado, os que sofrem doenças incuráveis. Há discordâncias quanto a uma aplicação universal do papel de doente, sem ser um processo linear, pois alguns pacientes sofrem por anos, e são de maneira reiterada mal diagnosticada negando-se a estes, seu papel de doente.

*“Noutros casos, fatores social, como a raça, a classe social ou o gênero podem afetar quando, e com que prontidão, o papel de doente é atribuído. Este não pode ser separado das influências sociais” (Giddens, 2008, 162 p).*

Finalmente, a percepção do indivíduo frente a seu estado patológico, sendo que cada pessoa ao passar pela experiência de estar doente, teria uma interpretação ‘sua’, única, não havendo uma –rigidez determinística- e sim uma flexibilidade nas suas condições singulares (FERREIRA, *et al.*, 2014, 286 p.)

A modernidade, com seus estilos de vida, joga sobre as pessoas a responsabilidade que outrora não tinham sobre seu próprio bem-estar. A doença como experiência de vida, alude a como as pessoas reagem e se ajustam quando recebem a notícia que sofrem uma doença, como incorpora na sua história pessoal a doença, e como aprendem a lidar com as implicações no cotidiano e no âmbito emocional. Para que assim, possam levar uma vida tão normal como seja possível, tendo que conciliar com estas, tópicos de interesse do interacionismo simbólico na sociologia do corpo, como eles reagem e se ajustam sobre tudo às doenças crônicas, que alteram evidentemente suas dinâmicas de vida; adquirindo novos significados e explicações para si mesmos e para os demais (GIDDENS, 2008, 161-64 p).

Uma nova ênfase na saúde levou a sociologia médica para a cruzada de prevenção, na qual as pessoas eram culpadas por suas próprias doenças; qualquer remanescente do

papel doente foi finalmente forçado a entrar na forma de "bem-estar" da moralidade e adaptado a novos estilos de cuidados médicos que vieram com o novo século (BURNHAM, 2014).

### **1.7 A lei dos cuidados inversos**

As piores condições de saúde equiparam-se com os grupos que vivem nas regiões com menores recursos, e nos serviços de saúde fornecidos de maneira assimétrica, ou em outras palavras, níveis globais de privação retratam as desigualdades em saúde (GIDDENS, 2008, 155 p.). Um estudo realizado nos EEUU em 2016 mostrou que os indivíduos com baixos níveis de rendimento tendem a viver mais tempo em cidades com populações altamente qualificadas e elevados rendimentos. A forte associação entre a variação geográfica da esperança de vida e comportamentos saudáveis pode sugerir que as intervenções políticas devem focar-se na mudança do comportamento, a despeito da redução das discrepâncias observadas em renda e expectativa de vida (BROEIRO, 2016, 167 p; CHETTY, et. Al., 2016).

A disponibilidade de cuidados médicos varia inversamente à necessidade da população que os utilizam. Esta relação é ainda mais evidente onde a assistência está mais dependente das leis de mercado. Quer dizer que o mercado de cuidados médicos exacerba a má distribuição de recursos (HART, 1971, 405 p).

### **1.8 O autocuidado e a promoção da saúde:**

A saúde é reconhecida como resultado de estilos e contextos sociais, econômicos e culturais. Para a ciência médica, o corpo do paciente é a fonte primária e objeto da saúde-doença. Na visão mais em voga da promoção da saúde, o bem estar dos indivíduos é simplesmente: um produto de seus estilos de vida. As questões da saúde, na atualidade ocidental, se restringiram às características individualizadas, singulares, adquirindo um nível identitário, que deve levar-se em conta, quando são implementados os programas de promoção da saúde. (CZERESNIA, DE FREITAS, 2005, p. 92).

O enfoque que mantém o status quo se contrapõe ao que preconiza a mudança social. Dentre as correntes que apontam à manutenção do status quo, a promoção de saúde behaviorista, com um conceito reducionista do sujeito, define-o como um ser que resulta predominantemente de determinações de natureza biológica ou comportamental.

Já o modelo mudancista propõe a inclusão de temas como a distribuição da renda, o desenvolvimento social, questionando as relações sociais vigentes. Estas duas correntes estão implícitas nas declarações de conferências Internacionais da OMS. Tem como característica a ambiguidade, utilizando conceitos como empoderamento, que podem mascarar a redefinição de direitos de cidadania e responsabilidades públicas. Declarações de princípios contra a iniquidade social e em favor de uma sociedade saudável e socialmente justa transformam-se em discursos vazios quando não se discutem as raízes destes problemas nem se delineiam alternativas ao status quo. Dentro das correntes com tendência para a mudança, traz a tona, a Saúde Coletiva, influenciada pelo pensamento marxista, que tende a trabalhar o social como uma categoria histórica, às lutas democráticas e pelos direitos sociais no Brasil.

O modelo teórico conceitual da Saúde Coletiva notadamente as correntes da Vigilância da Saúde e da Defesa da Vida ocupa espaço singular na produção sanitária internacional. Ao privilegiar as esferas macrossociais, a corrente da Saúde coletiva pré-1988 não alcançou dar respostas aos desafios postos pela complexa dinâmica da micropolítica do trabalho em saúde. A corrente de Vigilância da Saúde, afirma que a saúde é uma resultante da qualidade de vida de uma população, sem lograr, entretanto, traduzir este ideário em estratégias que deem conta da complexidade do sujeito, individual e coletivo. A corrente Em Defesa da Vida, por sua vez, trabalha com uma perspectiva que destaca o papel dos determinantes macrossociais e ambientais e dos serviços de atenção para a saúde da população. Esta interpretação permite entender, que doença, sofrimento ou problema de saúde são categorias socialmente construídas (CARVALHO, 2005).

### **1.9 O contexto rural em saúde:**

*As comunidades rurais, quando comparadas às comunidades urbanas, possuem menos acesso aos cuidados de saúde e, por isso, pior estado e desfechos de saúde. (WONCA RURAL, 2013, 16 p).*

Trazido à tona pelos objetivos desta pesquisa de comparar as atitudes de pacientes advindo de duas unidades de saúde propositalmente escolhidas: uma urbana e outra rural é motivo de estudo e debate da medicina rural, representada mundialmente, pela Organização Mundial de Médicos Generalistas e de Família (WONCA, pela sigla em inglês), na subdivisão: WONCA rurais, de cuja reunião no ano 1997 ficaram estabelecidos alguns parâmetros para a avaliação dos cuidados de saúde rural, perante os

fatos de despechos piores nestas populações, tendo como data para atingir melhores condições de saúde para o ano 2020 (*World Rural Health Congress*, Durban South África, 1997).

#### Quadro 4. Parâmetros Diretos e Indiretos de Cuidados de Saúde Rural.

##### **Parâmetros Diretos e Indiretos de Cuidados de Saúde Rural**

Contexto rural.
Estado de saúde rural.
Despecho em cuidados de saúde rural.
Serviços em cuidados de saúde rural.
Recursos humanos em saúde rural.
Formação de recursos humanos em cuidados de saúde rural.
Infraestrutura e tecnologias de informação em cuidados de saúde rural.
Pesquisa em cuidados de saúde rural.
Financiamento de saúde rural.
Organização de cuidados em saúde rural.
Satisfação do consumidor da saúde rural.

Fonte: Saúde para todas as populações rurais até 2020 (Declaração de Durban). 2º Congresso mundial de Saúde Rural, Durban África (WONCA, 2013).

A Política de Qualidade e Eficácia dos Cuidados de Saúde Rural foi desenvolvida pelo Grupo de Trabalho de Medicina Rural, seu objetivo é fornecer uma estrutura que estimule o desenvolvimento de metas diretas e indiretas e de avaliações da qualidade e efetividade da prática da medicina rural. Em nome do Grupo de Trabalho de Medicina Rural da Wonca, espera-se que ajude no esforço para o sucesso da proposta da Organização Mundial de Saúde de “Saúde para todos os povos” e da Declaração de Durban “Saúde para todas as populações rurais em 2020” (ibidem).

#### **1.10 Acesso à informação em saúde para pacientes e família**

Em termos legislativos, no Brasil o acesso à informação pública é um direito fundamental do cidadão (Brasil a Lei nº 12.527 de 2011); salvadas as confidências legais, isto se refere a informações gerais, porém para a finalidade do presente projeto, salienta-se o acesso aos dados gerais do Sistema Único de Saúde, dados epidemiológicos, políticas em saúde, uso de recursos em saúde, orientações do Ministério de Saúde e/ou Secretarias de Saúde, serviços públicos ofertados, etc.; isto é: dados de vigilância e assistência à saúde, que podem ser uteis como orientação. Aliás, esta é uma informação que deve também servir subsidio ao trabalho de gestores e profissionais de saúde.

Além do mais, o Ministério da Saúde, publicou no ano 2016, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, com o objetivo de nortear as ações de tecnologia da informação e comunicação (TIC) de todo o sistema de saúde brasileiro, ciente da falta de padronização dos procedimentos para a obtenção de tratamento de dados em saúde (BRASIL, 2016).

Como pressuposto, hoje em dia, a sociedade, o paciente e a família, não se atêm exclusivamente a informação que o pessoal de saúde, e as publicações físicas neste respeito, a informação virtual é massiva, fazendo com que boa parte dos pacientes consulte antes na internet, ou via online perante aparição de sintomas ou sinais que lhe gerem inquietação, dietas, remédios, etc.; cito apenas, para ilustrar o feito na Espanha no ano 2010, onde se calculou uma alta porcentagem de consulta na internet para temas relativos à saúde, chegando a 80% o número de usuários que consultam internet para estes tópicos, e ante as dúvidas os chamados internautas preferem consultar na web, e não, inicialmente ao médico, aonde vão motivados pela busca de um tratamento (PFIZER, 2010; AGUERREBERE, 2012). Cabe acrescentar que este inquérito espanhol foi aplicado via online o que denota um viés de seleção; no entanto, é um fato irrefutável o uso da internet pelas pessoas para estes fins. No Brasil faltam dados quantitativos sobre o uso da internet para o escopo da saúde, mas pelas características das gerações atuais pode-se supor que também seja este um fato muito comum.

Para o público que faz menos uso das ferramentas digitais, ou que não tem acesso ou habilidades para lidar com a internet, ainda tem valor a narrativa, o significado da própria experiência e dos outros (GWYN, 2002, Cap. 6), e naturalmente os meios tradicionais, os jornais, revistas, os programas de televisão, as campanhas públicas ou privadas de saúde, tais como as campanhas de “câncer de mama”, ou a extensa publicidade sobre o “câncer de próstata”, e incontestavelmente o conselho e as palavras do seu médico de confiança. A mídia informa da ‘melhor maneira possível’ à população como pode prevenir as enfermidades, e como pode beneficiar-se do bem-estar, fazendo uso dos recursos tecnológicos que lhe direciona (HANSEN, 2004, 8 p).

Legítima-se a coleta de dados pessoais, e seu uso como dever do Estado, com a justificativa de alcançar melhor acesso à informação em saúde, e com isto, as pessoas possam ter melhor qualidade de vida e redução de riscos de adoecimento (VENTURA, 2013, 636 p).



Por último, destaca-se a importância das equipes de Atenção Primária, no letramento em saúde, isto é, proporcionar informação para o cuidado e a preservação da saúde, às pessoas, de maneira coerente com o seu entendimento, habilidades e capacidade de compreensão, de acordo com o contexto social, levando em conta os determinantes sociais em saúde, as circunstâncias da vida diária (OMS, 2008, 42,3 p). Para isto os profissionais de saúde, especialmente os de APS, deveriam ter acesso e compromisso com sua própria educação permanente, sejam por meios coletivos ou individuais. Ser tão generalista nos conhecimentos e práticas quando seja fatível, tornando-se a renovação -em conhecimentos- algo contínuo como um processo sem fim. Desta maneira, poderá aconselhar-se, educar-se, diagnosticar-se, tratar-se e encaminhar-se adequadamente ao paciente (GÉRVAS, CASAJUANA, 2012, 41-48 p).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Analisar a capacidade de reconhecimento dos adultos, de 50 anos ou mais de idade, usuários de Atenção Primária à Saúde, de sinais e sintomas de alarme para câncer de mama feminina, próstata e colorretal, como suficientemente importantes para procurar o atendimento médico em duas unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Petrópolis, RJ.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar a proporção de indivíduos de 50 ou mais anos de idade, que consideram os sinais e sintomas de alarme uma demanda para procurar atendimento médico na unidade de Estratégia Saúde da Família mais próxima.
- Correlacionar o padrão de respostas com variáveis demográficas, socioeconômicas, com a informação referida de intenção de utilização do serviço e do acesso às informações em saúde.

## **3. METODOLOGIA**

A seguir, alguns dados úteis para contextualizar a pesquisa:

### 3.1 Contexto demográfico:

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Petrópolis, localizado a 58,8 km da capital estadual (Rio de Janeiro), e a 1.126,6 km da capital federal (Brasília) (IBGE, 2019).

A seguir serão apresentados alguns dados sociodemográficos relevantes.

Tabela 6: Dados populacionais do município de Petrópolis – RJ. \*\*Índice de Desenvolvimento humano (IDH): 0.745.

Dados sociodemográficos de Petrópolis (RJ)	
População estimada em 2019	306.191
§ População no último censo	295.917
**IDHM: Índice de desenvolvimento humano por municípios (2013)	0,745 (acima da média brasileira)
§Densidade demográfica	371,85 habitantes/km <sup>2</sup>
§População por sexo	52,3 % (mulheres)
	47,7 % (homens)
§População por situação	Urbana: 95,1 %
	Rural: 4,9%
§Proporção de idosos na população ≥60 anos	14,42%
Taxa de envelhecimento (referência ≥ 65 anos)	7,36%
Esperança de vida ao nascer	75,8 anos
§Rendimento domiciliar: Proporção de pessoas com baixa renda	23,27% (Rendimento < ½ salário mínimo)
	8,10% (Rendimento < 1/4 salário mínimo)
Salário médio mensal dos trabalhadores formais (2017)	2,3 Salários mínimos
Pessoal ocupado (2017)	83.574 (28%)
Esgotamento sanitário adequado	82,1%
Abastecimento de água	95,3%

Energia elétrica	99,9%
Principais atividades econômicas (2015)	Comércio, indústria da transformação, agricultura, pecuária, avicultura.
Produto Interno Bruto (PIB) per capita (2014)	R\$38.139,11 /habitante
Dados do Sistema Único de Saúde (SUS): - Pessoas cadastradas no DATASUS (2015)	- 143.279 pessoas. -17.051 homens $\geq$ 50 anos. - 17.051 Mulheres com idade $\geq$ 50 anos. -39.183 (27,3%) pessoas $\geq$ 50 anos.

Fonte dos dados: IBGE, DATASUS, cuja última atualização online foi em dezembro de 2015, e Atlas do desenvolvimento humano do Brasil de 2013. Elaboração própria.

### 3.2 Contexto social: religião e educação

Perguntou-se a religião e a escolaridade às pessoas, levando em conta a religião declarada no censo populacional de 2010.

Tabela 7. Religião declarada no censo populacional de 2010.

<b>Petrópolis: Religião declarada no censo populacional de 2010</b>	
Católica	57%
Evangélica	26,7%
Espírita	4,3%
Umbanda e candomblé	0,3%
Outras	2,2%
Sem dados/sem religião	9,5%

Fonte: Elaboração própria, com dados do IBGE, censo 2010.

Tabela 8: Petrópolis, dados de educação segundo o censo populacional de 2010.

<b>Petrópolis: Dados de educação segundo o censo populacional de 2010</b>	
Taxa de analfabetismo da população com $\geq$ 25 anos.	4,78%
Pessoas com $\geq$ 25 anos com ensino superior completo	12,08%

Fonte: Elaboração própria, com dados de IBGE, PNUD, Atlas do Brasil 2013, censo 2010.

### 3.3 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo sobre a capacidade de reconhecimento dos pacientes com 50 anos ou mais, de ambos os sexos, em relação à presença de possíveis sinais/ sintomas de alerta para risco de câncer dos três principais tipos de cânceres em adultos no Brasil: mama, próstata e colorretal e que são acompanhados por sinais e sintomas de alerta (INCA, 2019).

**O desenho do estudo** é do tipo DESCRITIVO, aplicado de maneira transversal por meio de um questionário estruturado, aos usuários com idade maior ou igual que 50 anos, cadastrados na SMS e atendidos nos serviços de saúde de duas ESF do município de Petrópolis – RJ.

**Fontes secundárias de dados:** Dados demográficos: IBGE (dados públicos online), Atlas do Brasil. Dados de saúde no SUS: TABNET - DATASUS (dados públicos online), e número de pacientes cadastrados nas equipes, e seus dados socioeconômicos anônimos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis - RJ, e histórias clínicas das unidades em estudo, consultadas pela pesquisadora (médica) exclusivamente nas unidades, quando necessário, com o devido sigilo.

**O cenário** de aplicação do instrumento de pesquisa foram as próprias unidades de saúde, abordando de maneira oportunista e nos domicílios, durante visitas domiciliares das ACS.

**O estudo piloto:** Testou-se um questionário inicial, logo após a aprovação do comitê de ética em pesquisa, com participantes voluntários: 10 pessoas adultas em cada unidade alvo (20 em total), de diferentes graus de escolaridade e idades. Após revisão de sugestões mudou-se a redação para melhor compreensão. Aplicou-se o coeficiente de alfa de Cronbach, avaliando os itens incluídos.

**O Instrumento de pesquisa:** Um questionário estruturado. Constituído de perguntas dicotômicas e categóricas, referentes à procura de conhecimentos em saúde e sintomas e sinais de câncer, cujo coeficiente alfa de Cronbach (SPSS 21) do questionário de consistência interna: 0,8. Outra parte do questionário usou as perguntas do modelo padrão ABEP, com os critérios de classificação socioeconômica no Brasil (versão 2019). Os dois foram aplicados de uma única vez, como um único instrumento, vide os apêndices.

**A aplicação do questionário** foi feita com a colaboração de agentes comunitárias de saúde das próprias unidades: para ajudar no preenchimento e para recolher os questionários preenchidos.

Os questionários foram de autopreenchimento quando foi possível, ou auxiliado em caso de pessoas analfabetas ou com diminuição da acuidade visual, por exemplo. Toda a coleta de dados foi realizada sob a supervisão direta da pesquisadora responsável e mediante prévio treinamento das agentes comunitárias, com duração de uma hora, pactuado com a gestão e equipe de saúde.

**O recrutamento dos participantes** foi feito em duas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família, sendo uma unidade rural e outra urbana (escolha por conveniência). A partir de uma lista de pacientes cadastrados de ambos os sexos, dentro da faixa etária de interesse (grupo alvo), fez-se depois, uma seleção por amostragem aleatória simples de 400 (número de conveniência) pessoas em cada unidade, prevendo perdas e/ou exclusões posteriores, logo, os selecionados foram convidados verbalmente a participar: durante as consultas agendadas, demandas espontâneas nas unidades de saúde, nas ruas do bairro e nos domicílios durante a visita dos ACS.

**Os critérios de seleção:** Foram usados os seguintes critérios:

**Critérios de inclusão:**

Paciente adulto de idade igual o superior a 50 anos, morador da área de abrangência acima escrita.

**Critérios de exclusão:**

Usuários com comprometimento do nível de consciência, portadores de demência ou confusão mental.

Abuso de substâncias tóxicas entorpecentes (auto referido).

Pacientes em hemodiálise ou nos estágios terminais do câncer ou doença renal crônica. As condições clínicas, são auto referidas, ou documentadas no prontuário (história clínica).

**O cálculo amostral:**

Os dados correspondem à atualização até outubro de 2019. Os dados de cadastro dos pacientes do SUS foram fornecidos anonimizados pela SMS de Petrópolis – RJ. Das listas de pacientes cadastrados foram aleatoriamente convidados 400 pessoas dentro da idade alvo em cada unidade, prevendo posteriores perdas ou exclusões.

Tabela 9. Cálculo amostral.

	Unidade de saúde rural	Unidade de saúde urbana
Tamanho da população (número de pessoas de 50 anos ou mais cadastradas nos respectivos Postos de Saúde)	662	588
Amostra considerada estatisticamente representativa IC: 95% Margem de erro: 5%	244	233
Número de pessoas Na idade alvo do estudo, convidadas a participar (número a conveniência)	400	400
Amostra definitiva após desistências e exclusões.	299	310

Fonte: SMS de Petrópolis – RJ (cadastrados até outubro de 2019).

**Questões éticas da pesquisa:** Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery – Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro/EEAN, com o CAAE: 16874719.0.0000.5238. Foi desenvolvida com financiamento próprio, e a instituição proponente foi o Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ.

**Análise estatístico:** O processamento de dados foi realizado nos programas Excel e SPSS 21. Usaram-se tabelas de Excel com os dados anonimizados como fonte.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Medidas de tendência central e de dispersão da idade da amostra total (n: 609).

A maioria dos participantes estava na media de 61 anos, nas duas unidades em questão.

Tabela 10. Medidas de tendência central e de dispersão para idade, da amostra completa.

Medidas de tendência central e de dispersão para idade, da amostra completa.	
<b>n</b>	609
<b>Media de idade</b>	60,67 anos
<b>Mediana</b>	58 anos
<b>IC 95%</b>	[60,67; 61,44]
<b>Variância</b>	92,97
<b>Margem de erro</b>	0,765
<b>DP (desvio Padrão)</b>	9,64

Fonte: a autora.

Tabela 11. Medidas de tendência central e de dispersão para idade, da amostra rural.

Medidas de tendência central e de dispersão para idade, da amostra rural.	
<b>(<math>\bar{X}</math>) média</b>	62,71 anos (50-90).
<b>(<math>\bar{X}</math>): mulheres</b>	63,85 anos.
<b>(<math>\bar{X}</math>): homens</b>	61,43 anos
<b>Md (mediana)</b>	64 anos
<b>Md mulheres</b>	66 anos
<b>Md homens</b>	58 anos
<b>DP (desvio padrão)</b>	9,54
<b>DP mulheres</b>	8,85
<b>DP homens</b>	10,18

Fonte: a autora.

Tabela 12. Medidas de tendência central e de dispersão para idade, da amostra urbana.

Medidas de tendência central e de dispersão para idade, da amostra urbana.	
<b>(<math>\bar{X}</math>)média</b>	58,75 anos (50-92).
<b>(<math>\bar{X}</math>): mulheres</b>	58,36 anos.
<b>(<math>\bar{X}</math>): homens</b>	59,17 anos.
<b>Md (mediana)</b>	57 anos.
<b>Md mulheres</b>	57 anos.
<b>Md homens</b>	56 anos.
<b>DP (s)</b>	9,34 anos.
<b>DP mulheres (s)m</b>	8,47 anos.
<b>DP homens (s)h</b>	10,16 anos.

Fonte: a autora.

## 4.2. Análise descritiva

### 4.2.1 Distribuição etária por sexos:

Encontrou-se uma distribuição homogênea de homens e mulheres nos diferentes grupos etários, nas duas amostras.

Tabela 13. Distribuição de frequências agrupadas por faixa etária por sexos, da unidade rural.

Faixa etária	Mulheres	Homens	Total
<b>50-54 anos</b>	23	42	65
<b>55-59 anos</b>	40	31	71
<b>60-64 anos</b>	8	9	17
<b>65-69 anos</b>	55	23	78
<b>70-74 anos</b>	11	13	24
<b>75-79 anos</b>	10	6	16
<b>80 anos ou mais</b>	13	15	28
<b>Total: 299</b>	160	139	299

Fonte: a autora.

Tabela 14. Distribuição de frequências agrupadas por faixa etária por sexos, da unidade urbana.

Faixa etária	Mulheres	Homens	Total
<b>50-54 anos</b>	63	59	122
<b>55-59 anos</b>	45	42	87
<b>60-64 anos</b>	20	9	29
<b>65-69 anos</b>	7	12	19
<b>70-74 anos</b>	10	10	20
<b>75-79 anos</b>	5	3	8
<b>80 anos ou mais</b>	8	17	25
<b>Total: 310</b>	158	152	310

Fonte: a autora.

### 4.2.2 Distribuição de raça/cor auto referida

A maioria dos participantes declarou-se branco.



Tabela 15. Distribuição de frequências de raça/cor auto referida dos participantes da unidade rural, n: 299.

Raça/Cor [rural]	Branca	Negra	Amarela	Parda
	143(47,8%)	45 (15,1%)	11 (3,7%)	100 (33,4%)

Fonte: a autora.

Tabela 16. Distribuição de frequências de raça/cor auto declarada dos participantes da unidade urbana, n: 310.

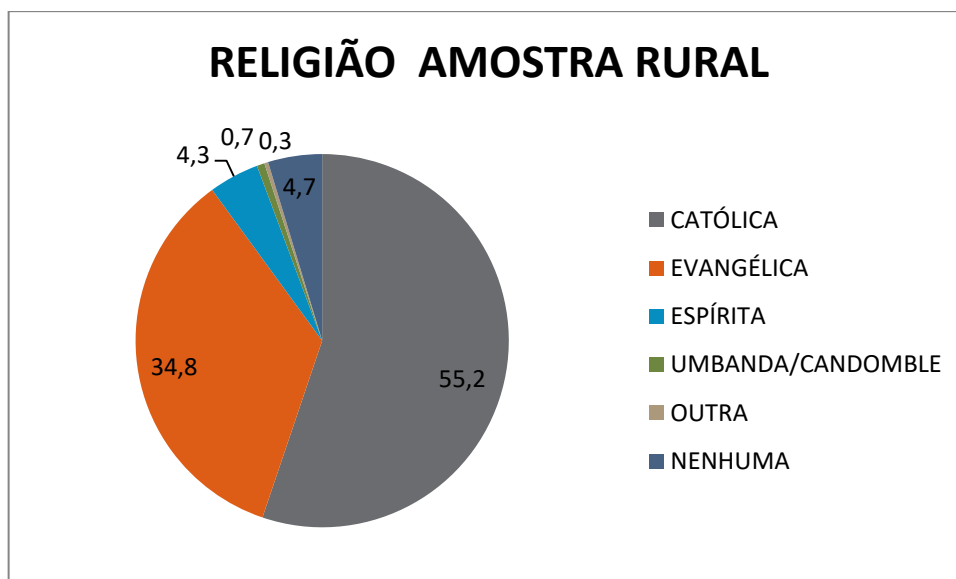
Raça/Cor [urbana]	Branca	Negra	Amarela	Parda
	149 (48,1%)	54 (17,4%)	8 (2,6%)	99 (31,9%)

Fonte: a autora.

#### 4.2.3 Perfil religioso:

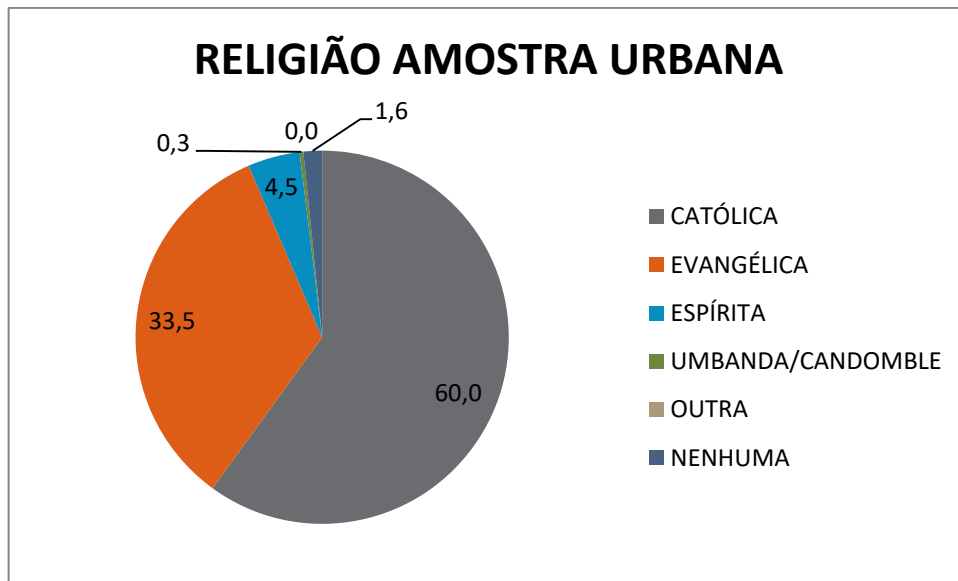
A maioria dos participantes das duas amostras, mais da metade referiram serem católicos.

Figura 1. Religião ou crença na amostra rural n: 299 (dados em porcentagem).



Fonte: a autora.

Figura 2. Religião um crença na amostra urbana n: 310 (dados em porcentagem).



Fonte: a autora.

#### 4.2.4 Renda familiar per capita:

Definição: A **renda familiar per capita** é uma variável de rendimento total de todas as origens, das pessoas que moram no mesmo domicílio, que funcionam como unidade solidária em rendimentos e consumo, dividido entre o número total de moradores (ROCHA, 2003). A unidade utilizada por conveniência é o salário mínimo mensal. Tendo em conta o salário mínimo mensal, ano 2019 (Decreto 9.661/2019): R\$ 998.

Tabela 17. Distribuição de frequências por classificação de renda familiar per capita, classificação por sexo, unidade rural; n: 299. Usa-se a fração como também o fazem os censos populacionais ( $\frac{1}{2}$  e  $\frac{1}{4}$ ).

Renda familiar per capita	Mulher	Homens	Total
$\frac{1}{4}$ SMM	21	15	36
$\frac{1}{2}$ SMM	79	38	117
1 SMM	50	40	90
2 SMM	5	46	51
3 SMM	5	0	5
$\geq 4$ SMM	0	0	0

Fonte: a autora.

Tabela 18. Distribuição de frequências de renda familiar per capita por sexo, unidade urbana; n: 310. Usa-se a fração como também o fazem os censos populacionais ( $\frac{1}{2}$  e  $\frac{1}{4}$ ).

Renda familiar per capita	Mulher	Homens	Total
$\frac{1}{4}$ SMM	5	9	14
$\frac{1}{2}$ SMM	7	5	12
1 SMM	130	123	253
2 SMM	15	13	28
3 SMM	1	2	3
$\geq 4$ SMM	0	0	0

Fonte: a autora.

A maioria das pessoas disseram ter renda de um ou menos de 1 SMM, pior condição de renda nos moradores rurais.

#### 4.2.5 Escolaridade:

Definições: Usaram-se os parâmetros de grau de instrução da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, para fins de padronização. Do 1º - 5º ano, anos iniciais de ensino fundamental (fundamental), do 6º ao 9º ano, ensino fundamental II, depois virá o ensino médio, e o superior se for o caso (BRASIL, 2006; EDUCAMAISSBRASIL, 2019).

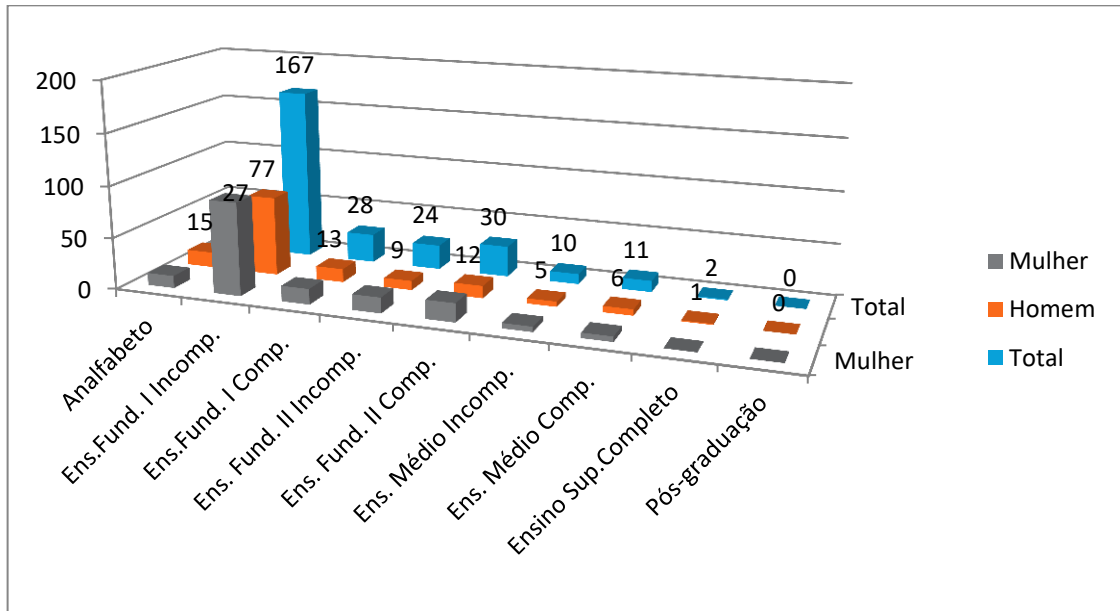
Quadro 5. Nomenclatura da escolaridade usada para padronizar os dados de pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. ABEP. 2019.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto/fundamental I incompleto	Analfabeto/ Primário incompleto
Fundamental I completo /Fundamental II Incompleto	Primário completo/Ginásio incompleto
Fundamental II completo/Médio incompleto	Ginásio completo/ Colegial incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial completo/Superior incompleto
Superior completo	Superior completo

Fonte: ABEP (2019).

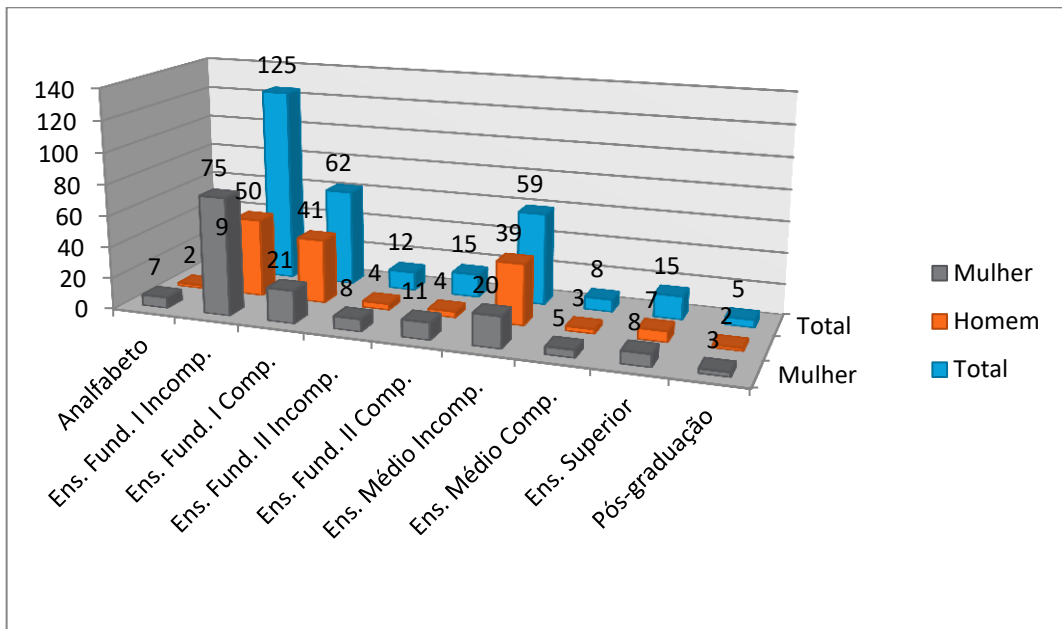
Figura 3. Escolaridade dos participantes da unidade rural, seguindo os critérios ABEP 2019.

Predominou a baixa escolaridade, sendo sutilmente mais escolarizada a população da amostra urbana.



Fonte: a autora.

Figura 4. Escolaridade dos participantes da unidade urbana, seguindo os critérios ABEP 2019.



Fonte: a autora.

#### 4.2.6 Classificação do estrato sócio econômico pelos critérios de classificação econômica da ABEP 2019.

Definições: Renda média domiciliar: A soma da renda de todos os moradores de uma casa, resultado da dinâmica distributiva das famílias (ROCHA, 2003).

Tabela 19. Renda média domiciliar comparativa unidades rural e urbana, usaram-se os valores referidos e classificou-se usando a lista de classes econômicas pelo critério ABEP 2019 (baseiam-se na PNAD, 2018).

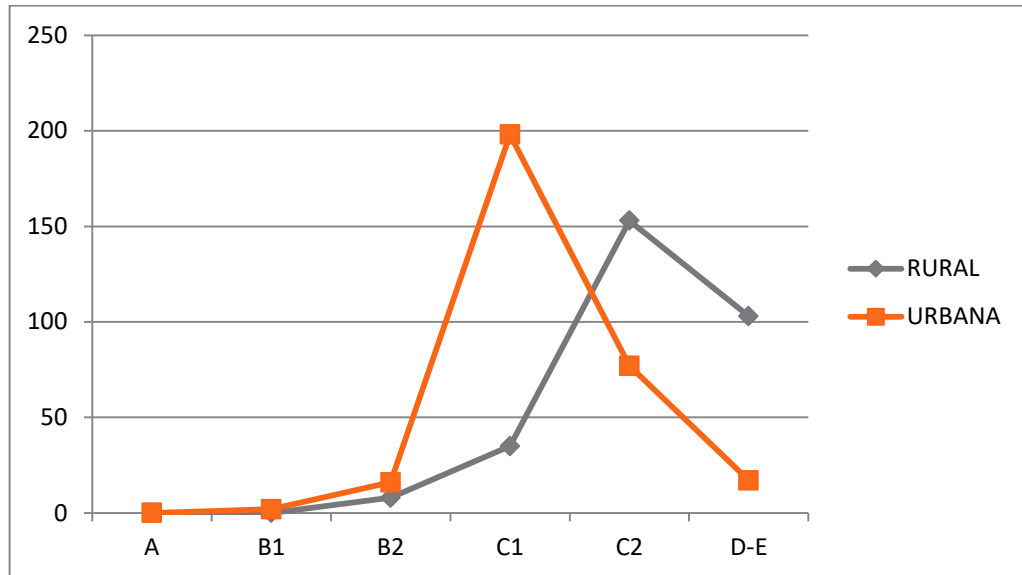
<b>Renda média domiciliar comparativa unidade rural e urbana</b>							
<b>Classe</b>	<b>Renda média Domiciliar</b>	<b>Mulher (rural)</b>	<b>Homem (rural)</b>	<b>Total Rural</b>	<b>Mulher (urbana)</b>	<b>Homem (urbano)</b>	<b>Total Urbano</b>
<b>A</b>	<b>25.554,33</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>B1</b>	<b>11.279,14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>B2</b>	<b>5.641,64</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>16</b>
<b>C1</b>	<b>3.085,48</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>107</b>	<b>91</b>	<b>198</b>
<b>C2</b>	<b>1.748,59</b>	<b>93</b>	<b>60</b>	<b>153</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>77</b>
<b>D-E</b>	<b>719,81</b>	<b>51</b>	<b>52</b>	<b>103</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>17</b>
<b>Total</b>	<b>—</b>	<b>160</b>	<b>139</b>	<b>299</b>	<b>158</b>	<b>152</b>	<b>310</b>

Fonte: A autora.

#### 4.2.7 Distribuição de renda média domiciliar comparativa

As rendas familiares médias estiveram no âmbito rural na classe C2 em sua maioria, e na classe C1 na amostra urbana.

Figura 5. Gráfico comparativo de distribuição de renda média domiciliar entre os participantes das duas unidades.



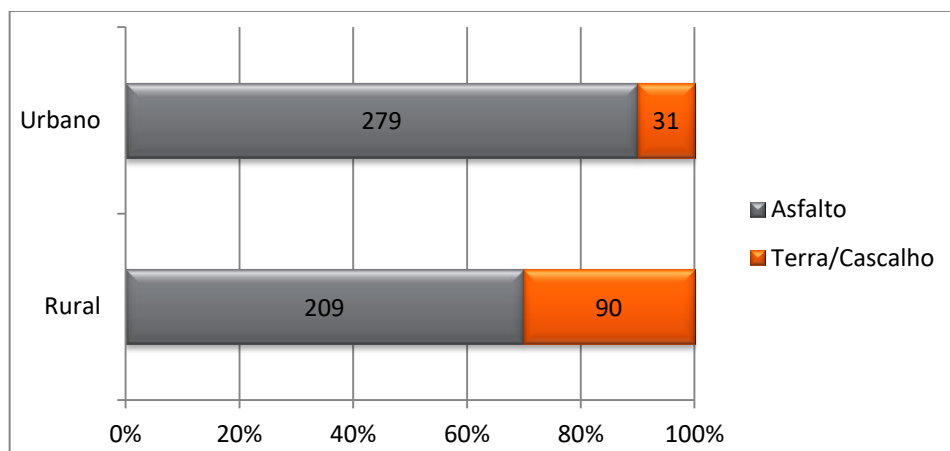
Fonte: A autora.

#### 4.2.8 Condições de moradia

**4.2.8.1 Água encanada no domicílio:** Acesso a água da rede geral de distribuição em 100% da amostra no âmbito rural e no urbano.

**4.2.8.2 A rua onde mora é pavimentada:** Predomínio de ruas asfaltadas no contexto urbano. A maioria das ruas rurais também é referida como asfaltada.

Figura 6. Condições da rua onde mora. Gráfico comparativo das duas unidades.



Fonte: A autora.

**4.2.8.3 Comparação de estratificação socioeconômica:** Feita através da pontuação do questionário do apêndice A, correspondente a adaptação de questionário de critério de classificação econômica do Brasil, da ABEP, utilizando os seguintes cortes próprios do questionário original.

Tabela 20. Cortes do critério Brasil de classificação econômica.

Cortes do critério Brasil	
Classe	Pontos
<b>1-A</b>	45-100
<b>2-B1</b>	38-44
<b>3-B2</b>	29-37
<b>4-C1</b>	23-28
<b>5-C2</b>	17-22
<b>6-D-E</b>	0-16

Fonte: ABEP (2019).

#### 4.2.8.4 Frequência de classes econômicas

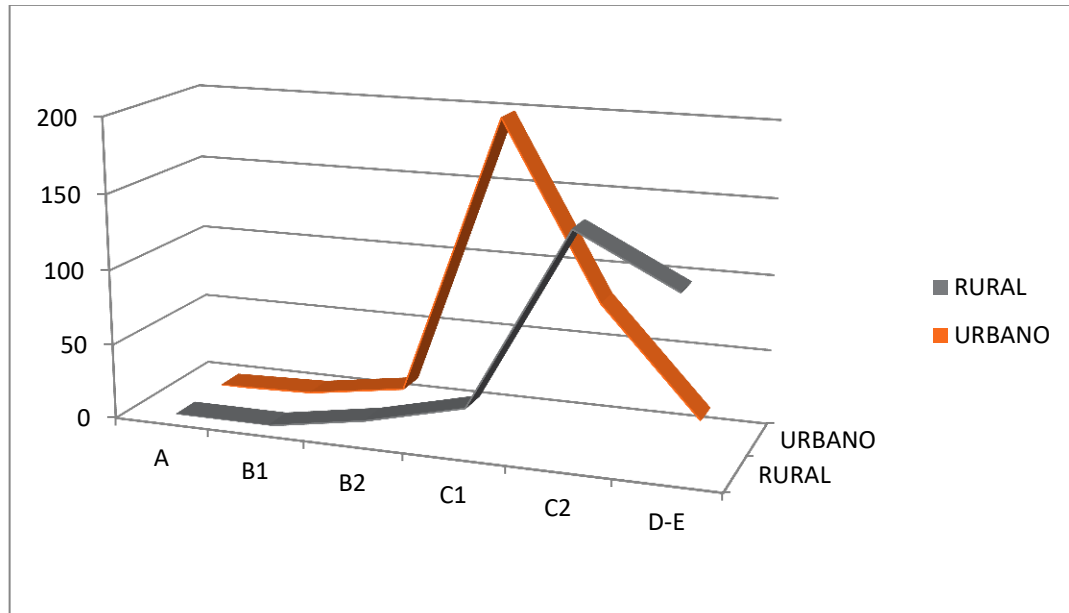
Tabela 21. Comparativo de distribuição de frequências de classes econômicas, por sexos e unidades, seguindo os cortes critério Brasil ABEP 2019.

Classes econômicas pelos cortes critério Brasil ABEP 2019							
Classe	Mulher (rural)	Homem (rural)	Total Rural	Mulher (urbana)		Homem (urbano)	Total Urbano
<b>A</b>	0	0	0	0	0		0
<b>B1</b>	0	0	0	2	0		2
<b>B2</b>	5	6	11	5	7		12
<b>C1</b>	8	19	27	106	93		199
<b>C2</b>	98	49	147	39	45		84
<b>D-E</b>	49	65	114	6	7		13
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>139</b>	<b>299</b>	<b>158</b>	<b>152</b>		<b>310</b>

Fonte: A autora.

Figura 7. Gráfico comparativo de distribuição de frequências de classes econômicas pelos cortes critério Brasil ABEP 2019

A amostra urbana encontra-se de maneira similar à amostra rural, nas classes mais baixas, com tendência a distribuir-se de uma forma mais favorecida (C2 para a amostra urbana, e C1 para amostra rural).



Fonte: A autora.

Tabela 22. Distribuição de frequências de classes econômicas, ABEP (2019). Amostra total n: 609.

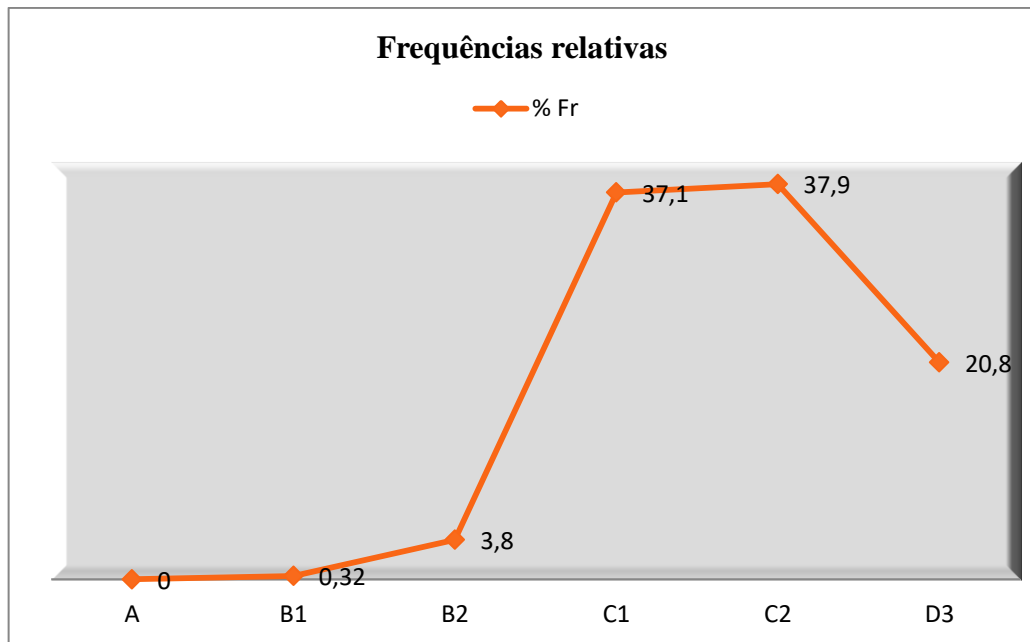
Classe	Frequência	Frequência Acumulada	Frequência Relativa	Frequência Acumulada
A	0	0	0	0
B1	2	2	0,00328	0,00328
B2	23	25	0,03777	0,04105
C1	226	251	0,37110	0,41215
C2	231	482	0,37931	0,79146
D-E	127	609	0,20854	1,00000
TOTAL	609			

Fonte: A autora.

A amostra total concentrou-se nas distribuições das classes C1 e C2.



Figura 8. Frequências relativas de distribuição geral em classes econômicas.



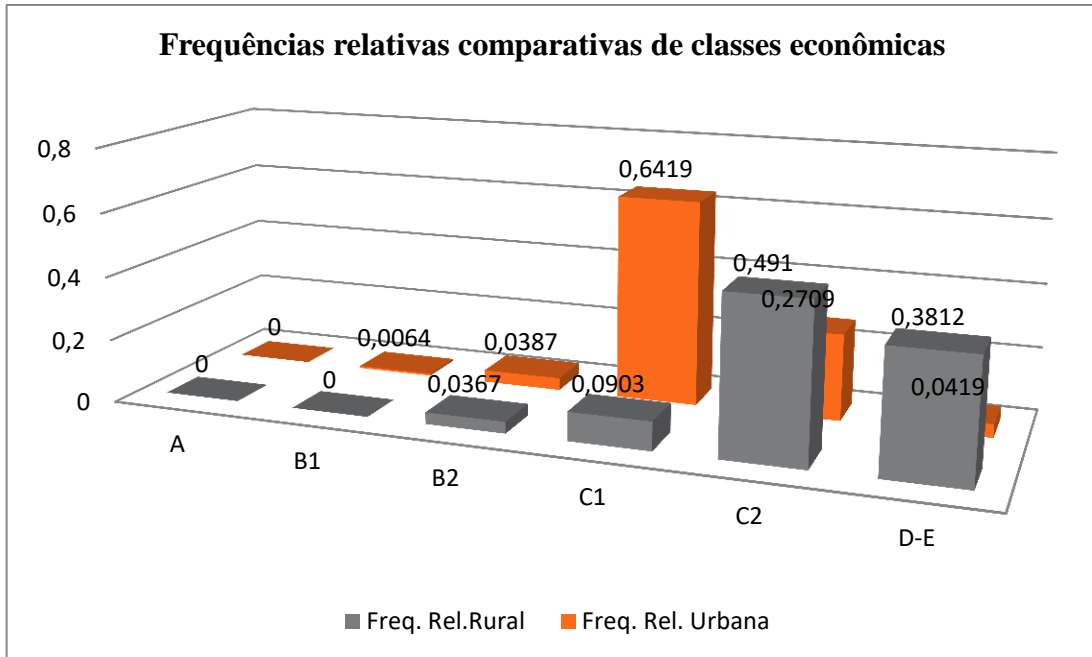
Fonte: a autora.

Tabela 23. Distribuição de frequências comparativa de classes econômicas.

Classe	Freq. Relativa Rural	Freq. Relativa Urbana
A	0	0
B1	0	0,0064
B2	0,0367	0,03870
C1	0,0903	0,6419
C2	0,491	0,2709
D-E	0,3812	0,0419
Total	1,0	1,0

Fonte: A autora.

Figura 9. Gráfico comparativo de distribuição de frequências de classe econômica.

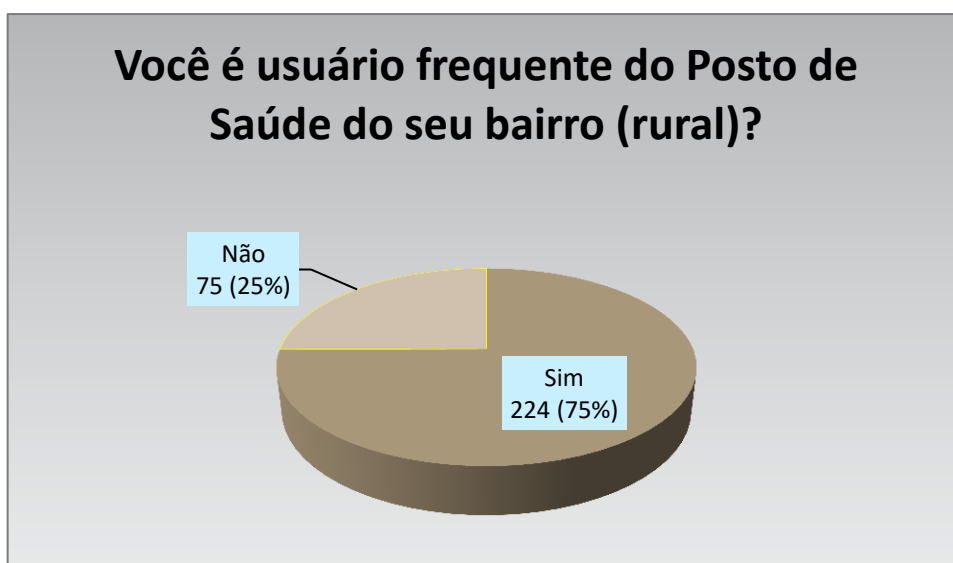


Fonte: A autora.

### 4.3 Resultados de respostas referentes à saúde

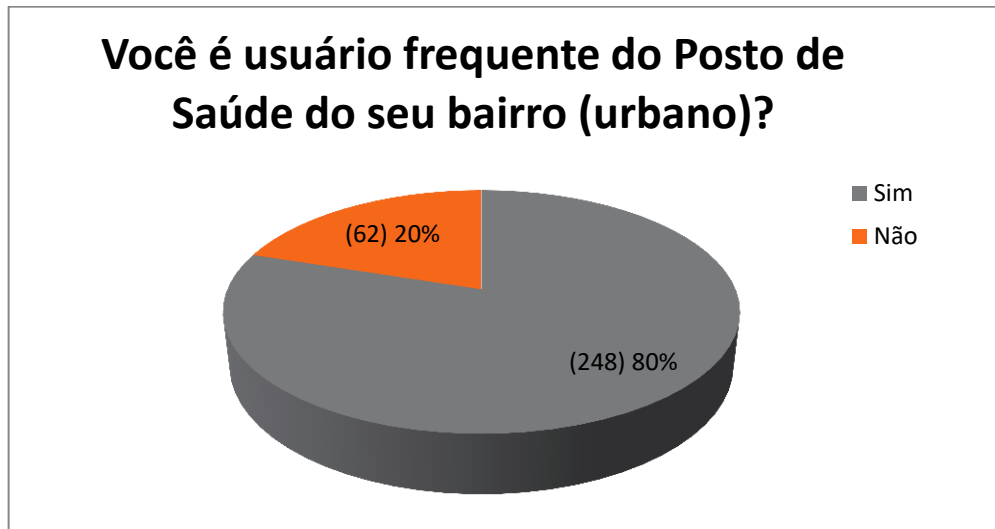
4.3.1 Respostas à pergunta: Você é usuário frequente do Posto de saúde do seu bairro? A maioria disse ser usuário frequente do Posto de saúde.

Figura 10. Respostas à pergunta: Você é usuário frequente do Posto de saúde do seu bairro, área rural; n: 299.



Fonte: A autora.

Figura 11. Resposta à pergunta: Você é usuário frequente do Posto de saúde do seu bairro, área urbana; n: 310.

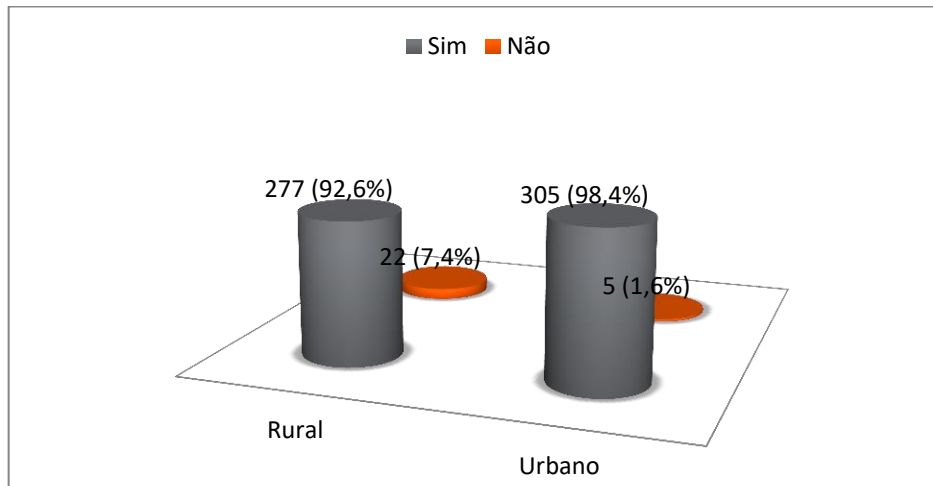


Fonte: A autora.

4.3.2 Respostas à pergunta: Acha que é possível identificar doenças graves, como o câncer e melhorar a evolução, caso o paciente consulte ao médico tão logo como sintá-se mal ou perceba alguma coisa que não parece normal no seu corpo?

O 92,6% (n: 299) das pessoas da área rural acharam que SIM, enquanto, o 98,3 % (n: 310) das pessoas da amostra urbana acharam que SIM. Do total (n: 906) 95,5 % optaram pelo sim.

Figura 12. Resultados comparativos: Acha que é possível identificar doenças graves como o câncer e melhorar a evolução, caso o paciente consulte ao médico, tão logo como sintá-se mal ou perceba alguma coisa que não parece normal no seu corpo.

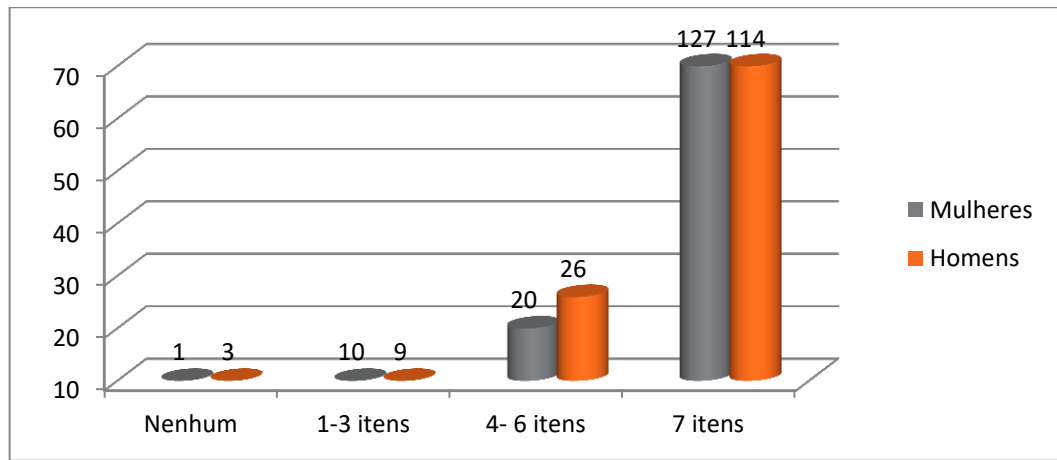


Fonte: A autora.

4.3.3 Resultados da identificação de sinais/sintomas de alarme para câncer da lista proposta.

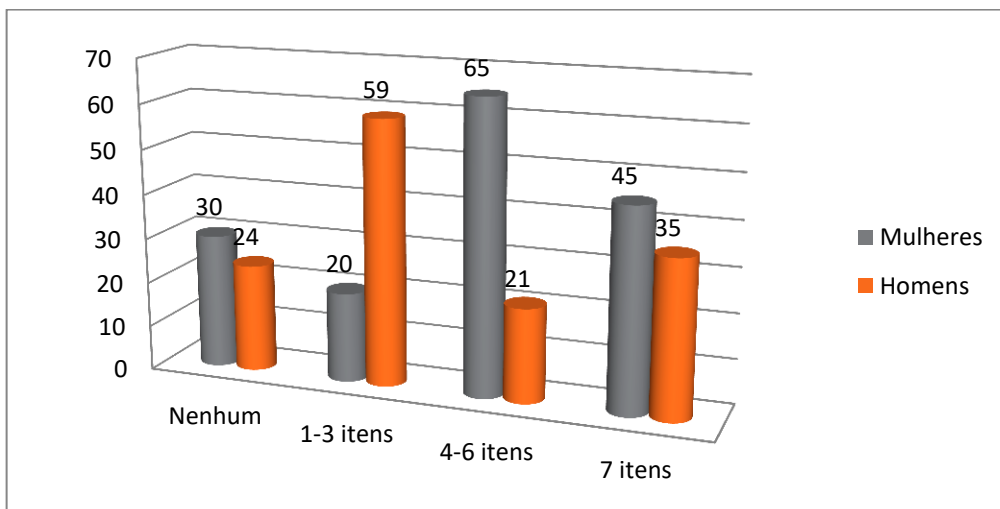
Nota de esclarecimento: foram propostos oito sintomas, dois quais sete são considerados sinais de alarme e um foi acrescentado sem sê-lo, com a intenção de não induzir a resposta positiva em todos os itens.

Figura 13. Reconhecimento de sinais/sintomas de câncer por número de itens marcados, por sexo, na amostra urbana.



Fonte: A autora.

Figura 14. Reconhecimento de sinais/sintomas de câncer por número de itens marcados, por sexo, na amostra rural.



De maneira geral, as mulheres da amostra rural pareceram ter maior reconhecimento de sinais / sintomas, quando foram comparadas com seus pares masculinos também rurais.

Tabela 24. Distribuição de frequências agrupadas para reconhecimento de sinais/sintomas de câncer da lista, sendo sete o máximo de itens certos (amostra rural, n: 299).

Reconhecimento de sinais/sintomas de câncer da lista do questionário (rural)			
	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
Nenhum	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>54</b>
1-3 itens	<b>20</b>	<b>59</b>	<b>79</b>
4-6 itens	<b>65</b>	<b>21</b>	<b>86</b>
7 itens	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>80</b>
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>139</b>	<b>299</b>

Fonte: A autora.

Tabela 25. Distribuição de frequências agrupadas para reconhecimento de sinais/sintomas de câncer da lista, sendo sete, o máximo de itens certos (amostra urbana, n: 310).

Reconhecimento de sinais/sintomas de câncer da lista do questionário (urbano)			
	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>	<b>Total</b>
Nenhum	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1-3 itens	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>19</b>
4-6 itens	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>46</b>
7 itens	<b>127</b>	<b>114</b>	<b>241</b>
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>152</b>	<b>310</b>

Fonte: A autora.

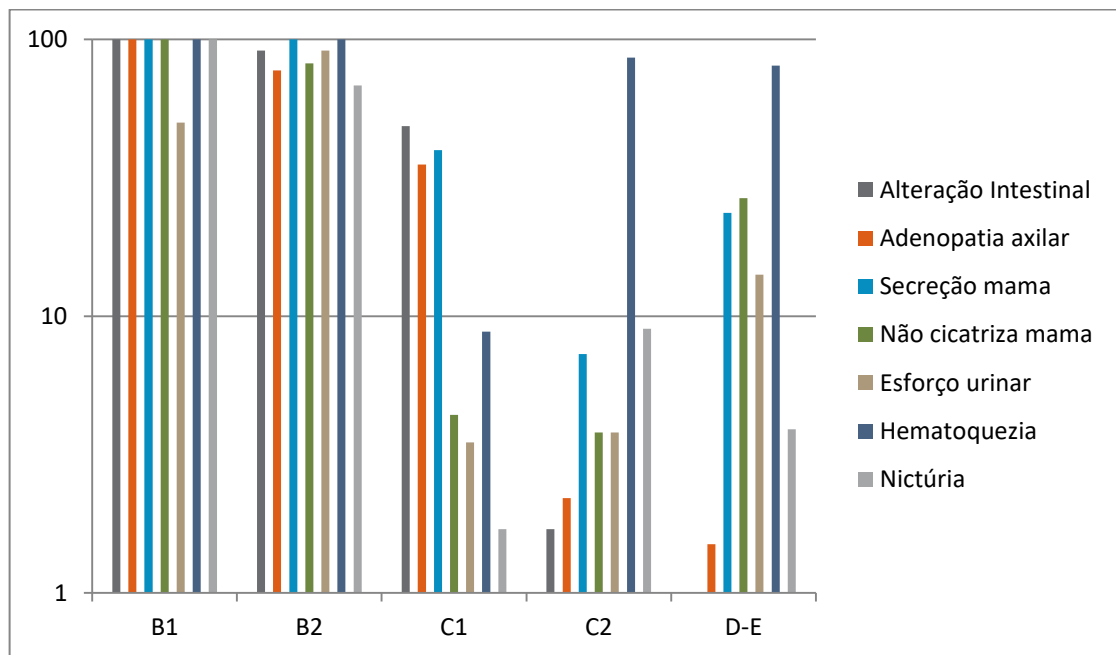
Tabela 26. Proporção de indivíduos que consideraram sinais e sintomas suficientemente importantes para procurar um atendimento médico, por classes econômicas. Nota: 58 indivíduos do total (9,5%) marcaram a opção ‘nenhum dos anteriores’. Amostra total, n: 609.

	B1	C1	C2	D-E
Alterações no hábito intestinal recentes	100	90,9	1,7	0
Adenopatia na axila	100	77,2	2,2	1,5
Secreção mamária após 50 anos de idade	100	100	7,3	23,6
Feridas que não cicatrizam na mama	100	81,8	3,8	26,7
Esforço exagerado para urinar	50	90,9	3,8	14,1
Nictúria	100	68,1	9,0	3,9
Sangramento pelo ânus ou hematoquezia	100	100	85,7	80,3

Fonte: A autora.

Proporcionalmente por classes econômicas, as pessoas com melhor classe parecem ter melhor reconhecimento dos sinais e sintomas apresentados no questionário, no total da amostra (rural mais urbana), com a ressalva de ter poucas pessoas de classes sociais altas, para fins comparativos e de conclusões.

Figura 15. Proporção de indivíduos por classes por sinais e sintomas assinalados como suficientemente importante para procurar um atendimento médico. Amostra total, n: 609.



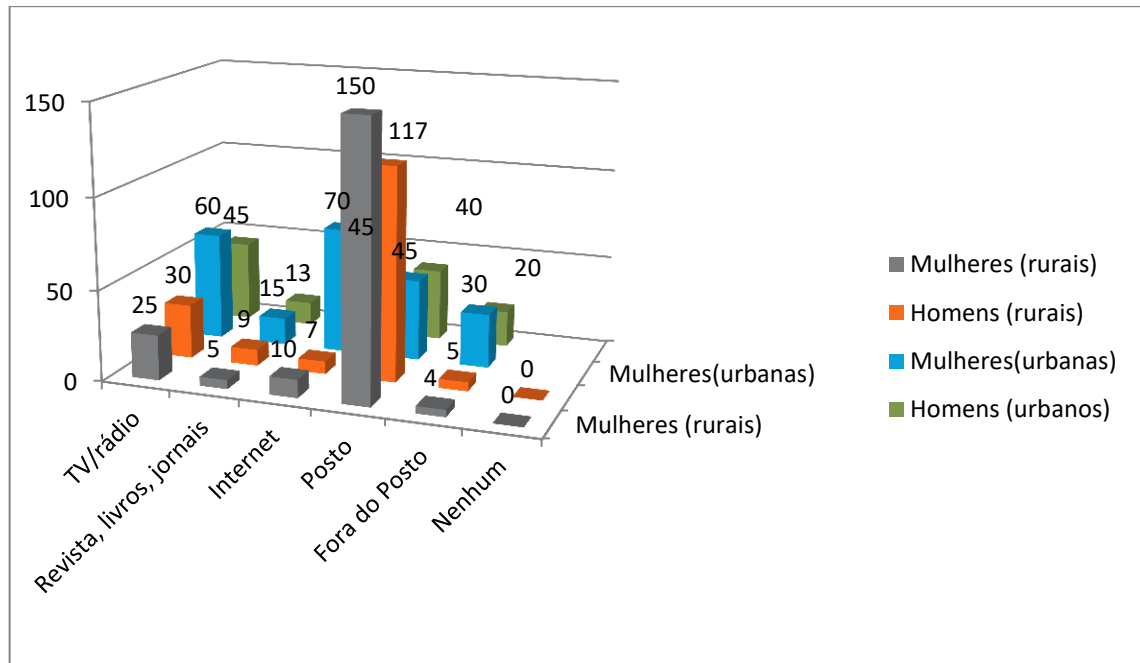
Fonte: A autora.

Na medida em que aumenta a classe econômica, parece haver maior capacidade de reconhecimento dos sinais e sintomas apresentados.

#### 4.3.4 Resultados da pergunta: Qual ou quais meios usa você para obter informações sobre saúde.

O Posto de saúde foi escolhido como a fonte de informações sobre saúde preferida pela amostra rural. Internet/ TV-Rádio formam as escolhas mais comuns na amostra urbana, também referindo procura por informação no Posto de saúde.

Figura 16. Gráfico de meios usados para obter informação de saúde. Permitiu-se múltiplas respostas de uma lista fechada, incluindo o item: ‘Nenhum’: onde ninguém marcou. Amostra total, n: 609.

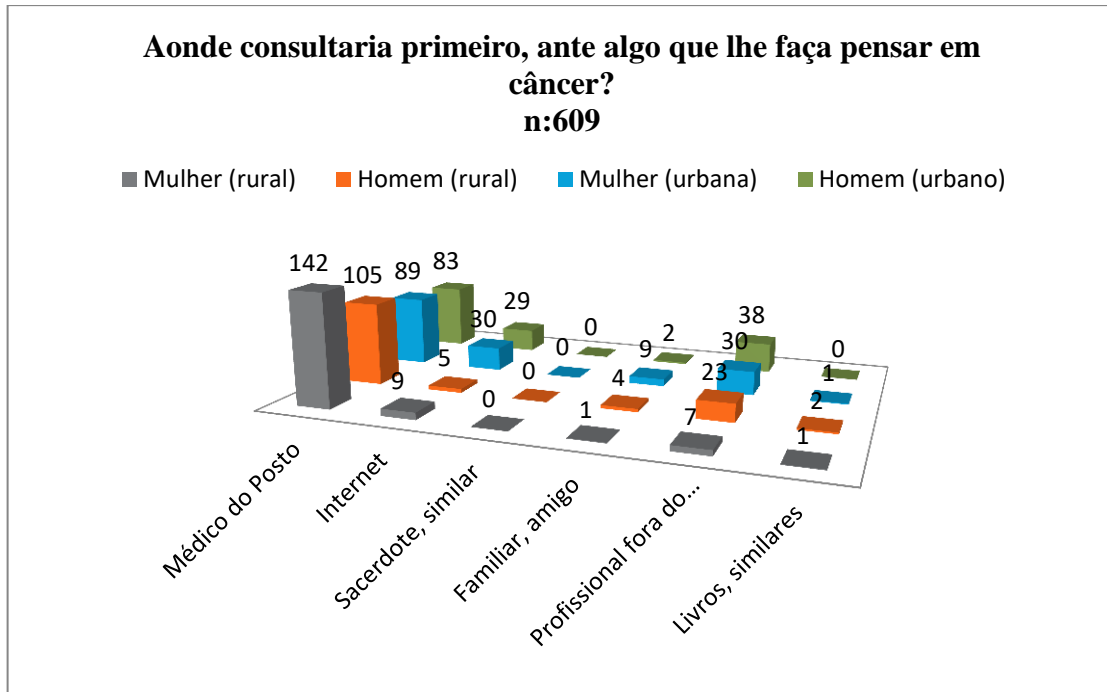


Fonte: A autora.

**4.3.5 Resultados da pergunta: Caso você apresente alguma condição de saúde que lhe faça pensar que tem câncer, aonde iria consultar primeiro.** Esta pergunta só permitiu uma única escolha, de uma lista fechada, cujas opções foram: médico do posto, internet, sacerdote/pastor/curandeiro/xamã/parecido, familiares/amigos/vizinhos/colegas de trabalho, outro profissional de saúde fora do posto, livros/revistas ou outros meios de comunicação tradicionais que não incluem a internet.



Figura 17. Aonde consultaria primeiro: Caso você apresentar alguma condição de saúde que lhe faça pensar que tem câncer. Respostas por unidade e sexo.



Fonte: A autora.

A maioria consultaria ao médico do Posto de saúde. Usaria outros médios, fora do posto de saúde e na internet formam mais frequentemente referidos pela amostra urbana.

#### 4.4 Análises estatísticas de associação de variáveis categóricas

Fazendo uso de tabelas dinâmicas, aplicou-se o teste de qui-quadrado na procura de associação de variáveis categóricas, os resultados da significância estatística, foram os seguintes:

Tabela 27. Avaliação da significância estatística da associação de variáveis qualitativas usando o teste do qui-quadrado.

Variável A	Variável B	$\chi^2$ [Nível de significância: $p \leq 0,05$ ]	Interpretação: Nível de significância: $p < 0,05$
Reconhecimento De sinais e sintomas	<b>Sexo:</b> Feminino/Masculino	$p: 0,31063144$	<b>Sem associação entre as variáveis</b>
Reconhecimento De sinais e sintomas	<b>Origem:</b> Urbano/Rural	$p: 0,07544303$	<b>Sem associação entre as variáveis</b>
Reconhecimento De sinais e sintomas	<b>Escolaridade</b>	$p: 0,01285776$	<b>Associação entre as variáveis</b>
Reconhecimento De sinais e sintomas	<b>Religião</b>	$p: 0,30973636$	<b>Sem associação entre as variáveis</b>
Reconhecimento De sinais e sintomas	<b>Raça/Cor</b>	$p: 0,05416757$	<b>Associação entre as variáveis</b>
Reconhecimento De sinais e sintomas	<b>Classe econômica</b>	$p: 0,15185164$	<b>Sem associação entre as variáveis</b>

Fonte: A autora.

Encontrou-se uma aparente associação entre as variáveis qualitativas reconhecimento de sinais e sintomas' e a escolaridade sendo pior o reconhecimento quando menor a escolaridade, e reconhecimento de sinais e sintomas' e a raça/cor: tendo aparentemente, menor reconhecimento às pessoas declaradas negras ou pardas.

## 5. DISCUSSÃO:

### ☆ Delimitações:

Inspirado na pesquisa de “*Health in Regionville. What the People thought and did about it*” (KOOS, E. L, 1960) que relacionou o ambiente social e econômico à saúde, este estudo que começou pela hipótese de associação entre variáveis socioeconômicas e a capacidade de reconhecimento de sinais e sintomas de alarme para câncer entre pacientes usuários das unidades de Saúde da Família do município de Petrópolis-RJ, foi planejado para analisar duas amostras, uma rural e outra urbana dentro da mesma população.

### ☆ Limitações, os pontos fracos:

- Do desenho metodológico: O fato de tratar-se de um estudo transversal. Entretanto, as variáveis independentes são estáveis e prévias ao estudo.
- Limitaram-se as questões do câncer a somente três tipos: próstata, mama, e colorretal.

- A escolha das unidades por conveniência.
- Só foram abordadas pessoas cadastradas nas Unidades de Saúde.
- Do instrumento de avaliação, foi um questionário não padronizado, isto pode dificultar a sua comparabilidade com outros estudos semelhantes. Entretanto, teve uma validação interna suficiente de 0,8 no coeficiente alfa de Cronbach (SPSS 21).

Outra limitação do questionário é a influencia da escolaridade, no entanto, antecipando-nos a isto, foi realizado um estudo piloto para dispor de uma avaliação mais simplificada que não exclui-se as pessoas com limitações visuais ou analfabetas, e reforçou-se com o apoio, em caso de necessidade, das agentes comunitárias para o preenchimento.

- O número de participantes, embora seja representativo para as unidades respectivas.
- As variáveis restringidas podem ser uma limitação em quanto, muitas outras variáveis não foram contempladas, por razoabilidade de tempo e pressuposto, isto poderia, em teoria, interferir nas conclusões.
- A interpretação das respostas subjetivas obtidas de um questionário, melhor dizendo, passasse pela presunção de elucidar como pensa como age ou, como hipoteticamente agiria uma pessoa, não obstante as pessoas podem na vida real ter outra conduta.
- As próprias dos métodos de coleta e análise de dados.

☆ Importância do estudo:

Esta pesquisa aporta um estudo exploratório sobre a influência dos fatores socioeconômicos e os conhecimentos sobre saúde no tópico de sinais e sintomas para câncer, válida para expandir a compreensão da complexidade do conceito de saúde, dentro da nossa população (GIDDENS, 2008).

Serve também para sensibilizar aos profissionais de saúde, sobre a importância do letramento em saúde, de maneira individual ou coletiva, com o respaldo da evidência científica, da ética e da prevenção em todos os níveis, e neste particular tema, destaque da quaternária, com relação à recomendação ou não de screening populacionais.

Aporta às pesquisas realizadas sobre o câncer, a APS, e o SUS, sendo de utilidade para a aplicação prática de políticas de saúde que já existem no sistema público, que salientando que, a pesquisa é também função do SUS, descrita desde a Constituição Federal, e incentivada pelo Ministério da Saúde desde os anos 90', apoiada por diferentes

financiamentos públicos, e gerando documento como o relatório de “Pesquisa em Saúde ligada à equidade e desenvolvimento”, da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), e o Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS) em 2004, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) fortalecendo as pesquisas locais (Boletim do Instituto de Saúde de São Paulo, 2011).

Atinge três tipos de cânceres de alta incidência na população Brasileira (INCA 2019), e traz à tona a discussão e atualidade do tema do rastreamento populacional, pois os usuários guiados pela mídia tendem a crer que a solicitação frequente de exames traduz-se em ‘prevenção’, por esta razão, os profissionais de saúde devem ter um conhecimento além do espalhado pela mídia e se dispor ao diálogo com os pacientes, conforme a orientação do Ministério de Saúde à APS, no caderno de APS, rastreamento (nº 29), ecoando os ‘dilemas e incertezas da ciência para a prática clínica’. (BRASIL, 2010, 61 p).

- No que concerne à próstata, vale apontar à recomendação da Força Tarefa de serviços preventivos dos Estados Unidos, com referência a este particular, a saber:

*“Para homens de 55 a 69 anos, a decisão de realizar uma triagem periódica baseada no PSA para câncer de próstata deve ser individual e incluir a discussão dos possíveis benefícios e malefícios da triagem com seu médico. A triagem oferece um pequeno benefício potencial de reduzir a chance de morte por câncer de próstata em alguns homens. No entanto, muitos homens sofrerão os possíveis danos dos rastreamentos, incluindo resultados falsos-positivos que exigem testes adicionais e possível biópsia da próstata, sobrediagnósticos e tratamento excessivo, e complicações do tratamento, como incontinência urinária e disfunção erétil. Ao determinar se tal rastreio é adequado em casos individuais, os pacientes e os médicos devem considerar o equilíbrio de benefícios e malefícios com base no histórico familiar, raça/etnia, condições médicas comórbidas, valores dos pacientes sobre as ditas considerações, e outras necessidades de saúde. Os médicos não devem rastrear homens que não expressem uma preferência pelo rastreamento”. (Grau de Recomendação C, Relatos ou séries de casos (estudos não controlados)).*

*A USFPSTF (Força Tarefa de serviços preventivos dos EU) Não recomenda a triagem baseada em PSA para câncer de próstata, em homens de 70 anos ou mais (Grau de Recomendação D ou Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais)”. (US Preventive Services Task Force, 2018, 1904 p).*

O Ministério da Saúde e a OMS (2019), não recomendam o rastreamento de câncer de próstata. Apesar disso, a Sociedade Brasileira de Urologia, tem as suas ressalvas e expressou-se em comunicado oficial em 2018, que mantém a sua recomendação de que os homens de 50 anos ou mais devem procurar um - profissional especializado-, para

avaliação individualizada, e a partir dos 45 anos, para os que pertençam ao grupo de raça negra ou com parentes de primeiro grau com câncer de próstata. Passados os 75 anos, só se houver expectativa de vida de mais de 10 anos (SBU, 2018).

- Com respeito à mama, há recomendação de rastreamento de base populacional, toda vez que, se enquadre nas idades recomendadas, o Ministério da Saúde do Brasil e o INCA, orientam a mamografia de rastreamento no exame de rotina em mulheres sem sinais e sintomas de câncer de mama, na faixa etária de 50 a 69 anos, a cada dois anos, fora dessa faixa, e periodicidade existe ambiguidade sobre os benefícios. E ademais, o Ministério da Saúde é fortemente contrário à realização de mamografia, como rastreamento, em mulheres menores de 50 anos (INCA 2019).

- No tocante a câncer colorretal, a OMS recomenda realizar o rastreamento em pessoas acima de 50 anos, por meio de exame de sangue oculto de fezes, e nos casos positivos fazer colonoscopia ou retossigmoidoscopia, na procura de pólipos que possam transformar-se em neoplasias. Sendo um exame oneroso, ressalva a recomendação aos países que possam garantir a confirmação diagnóstica (WHO, 2019; INCA, 2019).

- Os estudos de pesquisa de sangue oculto de fezes sugerem que após um intervalo de cerca de 10 anos, pode haver uma redução de até 20% na mortalidade por câncer colorretal por triagem bienal e uma maior, se for anual. Levando-se em conta, porém, a baixa especificidade deste exame e os piores resultados no teste reidratado, e que não detecta pólipos (WHO, 2019).

A posição do Ministério da Saúde é a seguinte:

-Recomenda-se o rastreamento para o câncer de cólon e reto usando pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia ou sigmoidoscopia, em adultos entre 50 e 75 anos (Grau de recomendação A).

-Recomenda-se contra o rastreamento de rotina nas idades 76-85 anos, pode haver considerações que suportem o rastreamento desse câncer individualmente (Grau de recomendação C).

-Recomenda-se contra o rastreamento em pacientes de 85 anos ou mais (Grau de recomendação D) (BRASIL, 2010).

*“Não se considera viável e custo-efetiva, atualmente, a implantação de programas populacionais de rastreamento para câncer colorretal no Brasil. Recomenda-se fortemente, entretanto, que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada com todos seus*

*componentes: divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso imediato aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos (o que implica ampliação da oferta de serviços de endoscopia digestiva e demais suportes diagnósticos) e acesso ao tratamento adequado e oportuno. Essa estratégia consolidará as bases necessárias para detecção mais precoce desse tipo de câncer, com vistas a um futuro programa populacional de rastreamento, quando evidências de custo-efetividade e sustentabilidade assim o indicarem. Situações de alto risco devem merecer abordagens individualizadas”. (Cadernos de APS.nº 29, Rastreamento, Ministério da Saúde, DAB. 2010. 77p.)*

Sem embargo, deve diferenciar-se entre rastreamento e diagnóstico precoce, e em termos gerais, há benefício no diagnóstico precoce destes três tipos de cânceres tendo em conta as condições individuais dos pacientes, ‘cada caso é um caso’ (ibidem).

#### ☆ Discussão dos resultados obtidos

As duas amostras tiveram um número proporcional, de moradores rurais e urbanos, de mulheres e homens, respectivamente.

A média de idade dos participantes rondava os 61 anos, similar à mediana de 58 anos.

Em quando a religião ou crença espiritual, as duas amostras manifestaram-se fortemente crentes.

As rendas familiares per capita isolada e a aplicação dos critérios Brasil ABEP 2019, comparativamente favoreceram à amostra urbana que localizou-se na classe C1 e C2 (correspondendo grosseiramente a uma ‘classe média –média’), em quando a amostra rural concentrou sua classe econômica nas classes C2 e D-E (correspondendo-se brutaamente a uma ‘classe média baixa e baixa’), contando ambas amostras condições de água encanada supridas em 100% dos participantes, com predomínio de ruas asfaltadas no ambiente urbano, como era esperável.

- No que tange às perguntas de saúde: em 75% da amostra rural: achou-se frequentador do Posto de saúde do seu bairro, frente a 80% na amostra urbana para a mesma pergunta. Estes resultados podem ser interpretados pela dificuldade de fixação de profissionais médicos nas unidades distantes do centro da cidade; situação que foi amenizada no Brasil inteiro, e também na cidade de Petrópolis-RJ com a criação do “Programa Mais Médicos para o Brasil”, do Ministério da Saúde, implantado no município no mesmo ano da lei, enviando médicos para as unidades de Atenção Básica, onde houve mais problemas para manter até os próprios médicos concursados da prefeitura (BRASIL, 2013; DA SILVA, 2018; SMS de Petrópolis, 2019).

Por outro lado, quando há presença da equipe de saúde completa, no cotidiano dos postos de saúde, surge hipoteticamente, a questão dos pacientes ‘hiperutilizadores’ que podem estar impedindo a entrada de outrem, tema bem tratado no volume II, do caderno de atenção básica, do acolhimento à demanda espontânea, texto orientador para APS publicado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013).

Em relação à pergunta: Acha que é possível identificar doenças graves como o câncer e melhorar a evolução, caso o paciente consulte ao médico, tão logo como sintase mal ou perceba alguma coisa que não parece normal no seu corpo?

O quantitativo de 92,6% das pessoas da área rural, e 98,3 % das pessoas da área urbana respondeu: SIM. Do total, 95,5% concordaram. Estes resultados podem refletir o poder das mídias na difusão dos ‘diagnósticos precoces’ e o empoderamento dos pacientes. (BRISTOWE; HARRIS, 2014; El mundo, 2017; O globo, 2019).

Dos sinais listados a hematoquezia (possível sinal de câncer de colo e reto) foi com grande vantagem, o mais identificado como sugestivo de câncer pelos participantes de todas as condições econômicas (NETO, *et al.* 2006).

Também foi analisada a associação de algumas variáveis qualitativas ou categóricas, com a capacidade de reconhecimento dos sinais e sintomas sugestivos de câncer, com outras variáveis, no caso de: sexo, unidade de origem do paciente, distinguindo entre urbano e rural neste respeito, a religião ou crença e a classe econômica. Contudo, sem que se encontrasse uma associação estatisticamente representativa com as anteriores.

Encontrou-se associação significativa estatisticamente, só com as variáveis: escolaridade ou nível educativo, e por outro, a raça/cor auto declarada com o reconhecimentos dos sinais ou sintomas.

Em relação ao nível educativo, chama a atenção que Petrópolis-RJ é uma cidade altamente alfabetizada (taxa de analfabetismo da população 4,78% no censo de 2010), e os adultos participantes desta pesquisa, por um lado, no âmbito rural concentram-se sua maioria em ‘ensino fundamental I incompleto’ (outrora, primário incompleto) e no urbano atingiram na sua maioria, o ‘ensino fundamental I completo’ (antigo primário completo). É de imaginar que, o menor nível de escolaridade pode motivar piores

condições de emprego, moradia, renda, e naturalmente, a compreensão sobre questões de saúde.

A educação e a saúde estão intimamente relacionadas (KOOS, 1960) e a OMS ainda sublinha a importância da educação das meninas, como rentável desde a ótica da saúde (OMS, 2010).

*“A educação é uma arma poderosa para romper o ciclo da pobreza, doença, miséria, e persistência intergeracional do baixo status socioeconômico das mulheres (...)”. Parte do discurso da Dra. Margaret Chan, Diretora Geral da OMS, durante a conferência sobre os objetivos do Milênio, Nova York, 2010.*

- Referente à raça e escolaridade, por exemplo, a literatura realça a menor escolaridade da mulher negra brasileira.

*“As mulheres negras têm menor acesso à educação e são inseridas nas posições menos qualificadas do mercado de trabalho. Estas condições se refletem na ausência de informações e conhecimento sobre o acesso aos serviços de saúde, por exemplo, ao exame clínico de mamas, que é um exame preventivo de extrema importância para detecção precoce do câncer de mama. A escolaridade é fator determinante do acesso a serviços de saúde. Com efeito, cerca de 70% das mulheres brancas e negras com 40 anos ou mais de idade e com menos de um ano de estudo, nunca fizeram o exame clínico de mamas. Já quando analisamos as mulheres da mesma faixa etária, mas com escolaridade de 12 anos ou mais de estudo, esta porcentagem cai para cerca de 15%”. (IPEA, UNIFEM, s.d. 11p.)*

Ao longo dos anos têm caído as taxas de analfabetismo, mas a população analfabeta, encontra-se de predomínio nas pessoas de raça negra.

*“Enquanto 16,8% dos negros maiores de 15 anos eram analfabetos, em 2003, esse valor era de apenas 7,1% para os brancos (média brasileira, em 2013)”. (IPEA, ibidem. 12 p.)*

Como no estudo de Koos, E. L. de 1960 (KLOETZEL, 1977), deparamo-nos com uma possível velada relação entre o ambiente socioeconômico e as atitudes com respeito à saúde, sob a alegação do contexto do brasileiro, onde os usuários do Sistema Único de Saúde, de modo geral são os de mais baixa renda, a mesma está ligada a baixa escolaridade, e também a raça negra. É um fato que é enfatizado pela localização preferente das Unidades de atendimento com o programa Saúde da Família, nas chamadas comunidades (REIGADA; ROMANO, 2018).

A cerca da pergunta qual ou quais meios que você usa para obter informações sobre saúde: A imensa maioria concentrou-se no médico do posto de saúde, tanto homens



quando mulheres do local rural e urbano. Também a TV/radio e a internet, jogam um papel representativo. Eis aqui, uma responsabilidade social do ‘médico do posto de saúde’. É imperativo, assumir a liderança da educação e o trabalho, para melhorar a saúde pública e prevenir o câncer (Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil. BRASIL, 2009).

Em quando a população encontra fidedigna a informação passada pelo seu médico, as equipes de saúde, especialmente as da Estratégia Saúde da Família (ou APS), devem assumir sua relevância para proporcionar informações de saúde e cuidados as pessoas, acorde com as necessidades e contextos, a cultura local e o entendimento individual ou comunitário.

O papel social do médico: pensar na procura do médico é interessante, como figura culturalmente respeitada, e detentora de conhecimentos e caráter moral (NAVARRO; PITANGUY, 2006).

O médico de família, mais ainda, tem a seu favor a confiança, aquele que lida com ‘tudo’ e é um conselheiro dos membros da família (WONCA, 2002).

Tradicionalmente o médico tem o poder que o conhecimento lhe concede, e o paciente partilha com ele sua experiência sobre a doença somente quando é convidada a fazê-lo, nos tempos hodiernos, cresce o empoderamento dos pacientes, os médicos não são criticados por restringir as narrativas dos pacientes muito rápido, e com isto, perdendo informações de importância e falhando na comunicação; com quanto, planteiam-se novos modelos de comunicação na educação médica, que investigam paralelamente a experiência da doença para o paciente, como fontes alternativas de verdade e conhecimento, assim as informações cuja fonte é o paciente, começaram a ter autoridade, para formular um diagnóstico, fora do âmbito exclusivo do médico (FOUCAULT, Michael: *discourse in the modern medical consultation* In: BRISTOWE; HARRIS, 2014). O papel da APS na prevenção primária, secundária, terciária e quaternária do câncer em tempo simultâneo e o da educação e letramento (estratégias de conscientização), mas com atenção com o que se transmite como verdadeiro e fidedigno ao público leigo, por exemplo, o Ministério da Saúde recomenda a aplicação de estratégias de conscientização para o diagnóstico precoce do câncer de mama, mas a recomendação favorável é fraca, superam os riscos aos benefícios, parafraseando o escrito nas *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil* (INCA,

2015), por exemplo, discorre sobre estimular as mulheres a conhecer seu corpo e atentar para mudanças mamárias, no entanto, não inclui a antiga recomendação do autoexame de mama.

Também constituem desafios da APS, o diagnóstico e encaminhamento precoce, a gestão racional da demanda do paciente, atentar para o envelhecimento dos usuários e as suas novas necessidades, como grupo com maiores morbidades e risco aumentado de doenças oncológicas. A Política Nacional de Atenção Oncológica põe a APS na base, junto com a promoção e vigilância em saúde. Constituindo-se o suporte do sistema, e a rede de saúde, pela sua vez lhe respaldará, com ações complementares, deve também ser resolutiva (BRASIL, 2009; CASAJUANA; GÉRVAS, 2012). A própria educação do médico generalista, deve ser tão sólida que possa diagnosticar e/ou estar atento a sinais que sugiram o câncer, e que este seja autorizado pelo sistema a requisitar os exames complementares sem atrasar os diagnósticos pela derivação lenta a especialistas, o qual ademais evitaria derivações desnecessárias que aumentariam o acerto dos que devem ser referenciadas a um segundo nível de atenção. Este é o caso da Dinamarca, no chamado *'triage in primary care'*, onde se investiga antes de encaminhar o paciente, através de exames que incluem imagem de tomografia, que ajudam a tomar decisões frente a pacientes com sintomas inespecíficos, assim se selecionam os pacientes que poderiam ter câncer ou outras doenças graves, é uma atividade que está muito bem desenvolvida, e poderia servir-nos de modelo (DE VITA, 2008; DUNCAN, 2013; MOSEHOLM, LINDHARDT, 2017; SMITH *et al.*, 2018; FORSTER, *et al.* 2018).

Existe um curioso programa de estimação de risco absoluto de diferentes tipos de cânceres em 10 e 15 anos, disponível online, o *QCancer*®, validado no Reino Unido, inclui 11 tipos de cânceres, não sendo formalmente validado na população brasileira, é imprudente recomendá-lo, mas menciona-se este e outras estratégias de vários países que auxiliam aos médicos generalistas com ferramentas confiáveis para detecção de câncer, sobre tudo no sistema inglês (HIPPISEY-COX; COUPLAN, 2013).

Ora, isoladamente o médico fará pouco! O INCA recomenda para um diagnóstico precoce: uma população alerta, uns profissionais de saúde alertas e capacitados para avaliar casos suspeitos, e por último, serviços de saúde preparados para garantir o restante do processo, a confirmação diagnóstica e tratamento e cuidados (INCA 2015).

Por outro lado, vamos refletir sobre o acesso a informação em saúde, como citado na revisão bibliográfica deste documento, no Brasil existe a lei que dá acesso a dados públicos (lei nº 12.527 de 2011), dados epidemiológicos, podem de ser de utilidade para o cidadão, para a formulação de políticas públicas por parte dos gestores, para orientar as condutas dos profissionais de saúde coerentes com as condições locais, entretanto interpretar dados deste tipo pode não ser tão fácil para todas as pessoas (BRASIL, 2016).

Antes da irrupção do uso massivo da internet, a TV, a rádio, os jornais e revistas, e as campanhas orientavam sobre diversos temas de saúde ao povo.

Hoje em dia, segundo a idade e/ou habilidades para procurar na internet, mesmo no aparelho celular, tem sido um fato corriqueiro. E, assim, inferimos que muitos pacientes se consultarão na web antes de fazê-lo com o médico, como a pesquisa espanhola que mostrou que 80% dos usuários assim o fazem (PFIZER, 2010; AGUERREBERE, 2012). No entanto, esta pergunta foi feita via internet, o qual já implica um viés de seleção, e por tanto, as conclusões não são extrapoláveis a população geral, inclusive porque não todos têm acesso ou aptidões. Lembrando que a nossa pesquisa foi circunscrita a um público adulto a caminho em ser idoso ou idoso, sabendo que o uso de tecnologias pelas gerações mais novas provavelmente seja mais cotidiano.

Além disto, o item faz-nos lembrar da relevância dos meios de comunicação social: a internet, as organizações civis as campanhas e divulgações governamentais, e outros semelhantes, em decorrência, da pertinência de atingir estes outros ambientes, com informações médicas sérias (WHO, 2019). O anterior: vista a influência às vezes desastrosa de uma mídia, por vezes enviesada, desinformada, politizada, e comercial.

- Seguidamente, a última pergunta: Caso você apresente alguma condição de saúde que lhe faça pensar que tem câncer, aonde iria consultar primeiro?

No resultado de nossa pesquisa, os respondentes disseram preferir consultar primeiro ao médico do Posto de saúde do seu bairro, um pouco mais as mulheres do que os homens, mas ao final é ao médico do posto que as pessoas vão procurar.

Como já temos colocado antes sobre a figura do médico, é tempo de ressaltar o valor do acesso aos serviços de saúde, como uma limitação deduzida, quando os pacientes

procuram atendimento fora das unidades de saúde inseridas no território onde moram sendo que preconiza-se um acesso universal e gratuito, sob uma idealização de humanização, ou seja: uma gestão participativa que inclui os usuários, o estímulo às práticas resolutivas, a adequação dos serviços à cultura local, entre outros, com o intuito da inclusão (HUMANIZASUS, Ministério de Saúde, 2004).

*“Saúde pública, hoje em dia, tem o foco muito mais voltado para saúde e vida do que para enfermidade e morte. Seus problemas passam por uma agenda política e implicam um leque de ações de maior amplitude que a simples assistência médica” (OPAS, 2011, 9 p.).*

- Por último, gostaríamos de abordar o papel do doente, o qual interpreta sua doença de maneira individual e única, ou melhor, dito, as alterações que percebe no seu corpo, antes de apresentar-se ao médico, as suas interpretações e as das pessoas próximas; vem à tona a antropologia, a sociologia e até o ‘papel de doente’, que o sociólogo Talcott Parsons descreve, quando o paciente torna-se de fato doente, porque a sociedade lhe dá a responsabilidade de contribuir para recuperar sua saúde, e deve consultar ao médicos, mas também são-lhe concedidos privilégios pela sua condição vulnerável. (MINAYO, 1988; BALINT, 1988; BURNHAM, 2013; FERREIRA, 2014; GUERHARDT, 1990).

No que diz respeito à importância do reconhecimento de sintomas no diagnóstico precoce, a carga sobre a qualidade de vida, o prognóstico e a mortalidade, provavelmente faz falta uma revisão sistemática sobre sintomas e sinais de alerta sobre câncer, e do impacto da conscientização sobre os mesmos, Ott *et al* (2009), refere-se sobre este tópico, discorrendo que, todavia o diagnóstico precoce seja um fator fundamental que influencia a sobrevivência, deve-se atentar para outros aspectos tais como o perfil de câncer de um país, as características e tipos de cânceres, a disponibilidade de dispositivos diagnósticos, para serem levados em conta na promoção da detecção precoce, e assinala a necessidade de pesquisa para caracterizar os tipos de cânceres de acordo com os sintomas precoces para permitir uma comparação dos estudos, ademais para aproveitar esta informação como guias para os profissionais de atenção primária em regiões de baixa renda. Porém claro alguns tipos de cânceres não apresentam sintomas específicos, eis aí o desafio dos programas de diagnóstico precoce, a sensibilidade e especificidade das apresentações clínicas. Por exemplo, os protocolos NICE no Reino Unido, constituem uma guia de referência abrangente para médicos de APS, já que categorizam os sintomas de câncer de acordo com o nível de urgência do

encaminhamento. Aponto como um avanço recente no nível legislativo a recente lei 13.896 de 30 de outubro de 2019, que altera (na verdade complementa) a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 (paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.), para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica que entrará em vigência em 2020.

Concluindo que a educação aos prestadores de serviços públicos sobre os ditos sinais precoces é fundamental. A falta de consciência da importância dos sintomas é considerada uma das causas mais importantes de atraso no diagnóstico, apontam os autores.

Finalmente, perante a heterogeneidade de perspectivas da reflexão sobre a possibilidade de apresentar uma doença, e seu conjecturado diagnóstico de etiqueta social como grave e penoso, como é o câncer, resta recomendar ao clínico, médico geral, médico de família exercer a medicina centrada na pessoa, e se manter acolhendo com humanidade e ciência a seu paciente e família.

☆ Recomendações finais:

Recomendam-se mais estudos, e criação de instrumentos validados em populações maiores para aprimorar o reflexo da realidade das inferências científicas, clínicas, e sociais, inclusive são muito sugeridos estudos qualitativos com técnicas advinda da sociologia. Estudos afins poderão servir para serem comparativos, e/ou complementares.

Recomenda-se aos médicos de APS servir de educadores para a população com relação aos sinais e sintomas precoces de câncer, assim como estarem atentos para propor investigações diagnósticas, tratamentos e encaminhamentos, de maneira individualizada considerando as escolhas do paciente e a medicina baseada na evidência.

## **6. CONCLUSÃO:**

Este estudo encontrou associação estatisticamente significativa entre a capacidade de reconhecimento dos adultos, de 50 anos ou mais de idade, usuários de Atenção Primária à Saúde unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Petrópolis, RJ; considerando duas importantes variáveis: escolaridade e raça. Faz refletir sobre a importância da manutenção do acesso e acolhimento de qualidade junto aos usuários. Desafios a serem enfrentados.

## 7. REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Novo critério de classificação econômica no Brasil. Critérios Brasil 2019 [on line]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil> Acesso em: 14 de novembro de 2019.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Serie técnica: Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. OPAS/ OMS/Ministério da Saúde – Brasil. Brasília-DF. 2006.

AUSTOKER, J. et al. Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. British Journal of Cancer. V.101. Supplement 2. dec. 2009. S31 – S39. Disponível em: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2790702&blobtype=pdf>

Acesso em: 04 de março de 2019.

BRACHE, C.; RAMOS L. F. Semiologia cirúrgica. Instituto Tecnológico de Santo Domingo. Santo Domingo. 2007. 166 p.

BALINT, M. O médico, seu paciente e sua doença. Tradução Roberto Musachio. Livraria Atheneu. Rio de Janeiro – São Paulo. 1988. 218-23 p.

BALINT, M. The doctor, his patient, and the illness. The lancet. Volume 265. Issue 6866. April 2. 1955. 683-88 p. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(55\)91061-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(55)91061-8/fulltext)

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2009.

BAYKUL, T.; YILMAZ, H.; AYDIN, Ü. AYDIN, M.; AKSOY, M.; & YILDIRIM, D. Early Diagnosis of Oral Cancer. Journal of International Medical Research. 2010. 38(3), 737–49 p.

BRASIL. Casa Civil. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. [on line]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm) Acesso em 15 de novembro de 2019.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 13.896 de 30 de outubro de 2019. Lei dos 30 dias de diagnóstico do câncer. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.896-de-30-de-outubro-de-2019-224674119> Acesso em: 22 de novembro de 2019.

BRASIL. Decreto 9.661 de 01 de janeiro de 2019. DOU: 01/01/19. Seção1. Especial. 15 p. [on line]. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto9661-2019.htm> Acesso em: 15 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde. 2004. 15-18; 35-36 p.

BRASIL. Lei Nº 11.274 de fevereiro de 2006. Dispondo sobre duração do ensino fundamental. [on line]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm) Acesso em: 15 de novembro de 2019.

BRASIL. Lei Nº 12.527 de 18 de novembro de 2011. Disponível em: [http://auriflama.sp.gov.br/files/decreto\\_7724\\_16.pdf](http://auriflama.sp.gov.br/files/decreto_7724_16.pdf) Acesso em: 07 de março de 2019.

BRASIL. Ministério de Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Sumario executivo de políticas e ações para prevenção do câncer: alimentação, nutrição e atividade física. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. INCA. 2009. 9,15 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html> (Acesso em 01 jan. 2019).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de Maio de 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html) (Acesso em: 01 jan. 2019).



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. Edição. 1º reimp. Ministério da Saúde. Brasília. 2013. 245-246 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde. 2010. 42 p. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro\\_15.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_15.pdf) Acesso em: 07 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2010. 61,71-5 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1ª. Ed., 1ª. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_infor\\_informatica\\_saude\\_2016.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf) Acesso em: 06 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. Ed. – Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº 992. 13 de maio de 2009. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

BRAWLEY, O.W.; PARNES, H.L. Cancer Screening. Em DEVITA, V.T.; LAWRENCE, T. S.; ROSENBERG, S.A. Hellman, and Rosenberg's cancer: Principles & Practice of Oncology, 10<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Wolter Kluwer Health. 2015. P.370-88.

BRISTOWE, K; HARRIS, P. Michel Foucault: discourse in the modern medical consultation. Medical Education. V. 48. N. 6. [s.l]. 2014. 552–3 p. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/medu.12466> Acesso em: 20 de novembro de 2019.

BROEIRO, P. Justiça social e lei dos cuidados inversos. Rev Port Med Geral Fam. 32. 2016. 167-9 p. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v32n3/v32n3a01.pdf> Acesso em: 07 de março de 2019.

BROWN, C. H., BAIDAS, S. M., HAJDENBERG, J. J., KAYALEH, O. R., PENNOCK, G. K., SHAH, N. C., & TSENG, J. E. (2009). Lifestyle Interventions in the Prevention and Treatment of Cancer. American Journal of Lifestyle Medicine, 3(5), 337–348. doi:10.1177/1559827609334983

BURNHAM, J.C. Why sociologists abandoned the sick role concept. History of the Human Science. Vol. 27(1). 2014. 70–87 p. Disponível em: DOI: 10.1177/0952695113507572 Acesso em: 07 de março de 2019.

BURRIS, V. Book Review: Marxism and Class Theory: Marxism and Class Theory: A Bourgeois Critique, by Frank Parkin. Columbia University Press. New York. 1979 Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/089692058301100414?journalCode=crsa> . Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

CANCER RESEARCH UK. Keys signs and symptoms of cancer. Disponível em: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-symptoms>. Acesso em: 25 de julho de 2018.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, England, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CAMPOS, A. C. E. Os princípios da medicina de família e comunidade. *Revista APS*. V.8. N.2. Jul./dez. 2005. 181-90 p. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf> Acesso em: 07 de março de 2019.

CARVALHO, S. R. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e mudança. Editora Hucitec. São Paulo. 2004. 149-61 p.

CASAJUANA B.J; BELLÓN S.J.A. Gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín ZA, Cano PJF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica*. 5a ed., vol. 1. España; 2003.

CASAJUANA J, GÉRVAS, J. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. *Springer HealthCare Ibérica SL*. Madrid. 2012. 10-27 p; 31-48 p.

CHETTY, R. Et. Al. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*. 315(16). April 26. 2016. 1750-66 p. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2513561> Acesso em 07 de março de 2019.

CONNELL, C.; CRAWFORD, C.O. How people obtain their health information. A survey in two Pennsylvania Counties. *Public Health Reports*. V. 103. N. 2. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Health Resources Administration March – April. Washington.1988.

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. Disponível em: [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf) Acesso em 07 de março de 2019.

CZERESNIA, D. DE FREITAS, C. M. Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências. 3ª reimpressão. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005. 39-93 p.

DALZELL-WARD, A. J. A review of Health of Regionville. By the razor of Occam. P140-147. Health Education Journal. Vol 15, Issue 2. First Published June 1, 1957. 140-47p. Disponível em:

<https://doi.org/10.1177/001789695701500212> acesso em: 14 de Outubro de 2018.

DECHERNEY, A. H.; NATHAN, L.; LAUFER, N.; ROMAN, A.S. Current Diagnóstico e Tratamento (Lange). 11 edição. McGraw Hill. Artmed. 2014.

DUNCAN, B.B. Et al. Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4ª Edição. Artmed editora Ltda. Porto Alegre. 2013.

EDUCAMAISBRASIL. O ensino fundamental é até que série?. 11 de julho de 2019. [On line]. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/escolas/o-ensino-fundamental-e-ate-que-serie> Acesso em: 10 de novembro de 2019.

EL MUNDO. Diagnóstico precoz y prevención para combatir el cáncer.04 de feb. De 2017. [on line]. Disponível em: <https://www.elmundo.es/opinion/2017/02/04/5894dc9a268e3e25728b45d2.html> Acesso em: 20 de novembro de 2019.

ENTRALGO, P. L. Antropologia médica para clínicos. Editora Salvat. Barcelona (Espanha). 1985.

Faculdade de Medicina. Universidade Federal Fluminense. Arquivos Brasileiros de Medicina. Nº 47. 1957. 25 p.

FELDHAUS, C.; DUTRA, D. Habermas e a sociologia médica: Saúde, Estado e direito. Revista Brasileira de Estudos políticos. 99. 2009. 113-133 p. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/309285089\\_HABERMAS\\_E\\_A\\_SOCIOLOGIA\\_MEDICA\\_SAUDE\\_ESTADO\\_E\\_DIREITO](https://www.researchgate.net/publication/309285089_HABERMAS_E_A_SOCIOLOGIA_MEDICA_SAUDE_ESTADO_E_DIREITO) Acesso em: 15 de novembro de 2018.

FERREIRA, D. C.; SOUZA, I. D.; ASSIS, C. R. S.; RIBEIRO, M. S. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. Revista Brasileira de Educação Médica. 38 (2). 2014. 283-88 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a16v38n2.pdf> Acesso em: 01 de abril de 2019.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10 (1). 105-9. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1> Acesso em: 10 de abril de 2019.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Edições Graal. Rio de Janeiro. 1979.

FORSTER, A.; RENZI, C.; LYRATZOPOULOS, G. Diagnosing cancer in patients with 'non-alarm' symptoms: Learning from diagnostic care innovations in Denmark. *Cancer Epidemiology*. 54. 2018. 101-3 p.

Disponível em: doi: 10.1016/j.canep. 2018.03.011 Acesso em: 07 de março de 2019.

GIDDENS, A. *Sociologia*. 6ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 2008. 149-71 p.

GUERHARDT, U. Models of illness and the theory of society: Parsons' contribution to the early history of medical sociology. *International Sociology*. Vol. 5. Nº 3. September. 1990. 337-55 p. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/026858090005003008>

GUIMARÃES, D. T. *Dicionário de termos médicos e de enfermagem*. 1ª edição. Editora Rideel. São Paulo. 2002.

GUPTA, D. For a sociology/anthropology of illness: towards a delineation of its disciplinary specifics. *International Sociology*. Nº 4. V. 3. December. 1988. 403-13 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/026858088003004006> Acesso em: 07 de março de 2019.

GWYN, R. *Communicating Health and Illness*. Sage Publications Ltd. London. 2002. Disponível em: <http://sk.sagepub.com/books/communicating-health-and-illness> Acesso em: 06 de março de 2019.

HABERMAS, J. *Teoria do agir comunicativo - vol. 1: Racionalidade da ação e racionalização social*. V.1. WMF Martins Fontes. Edição: 1ª. 2011.

HART, J. T. The inverse care law. *The Lancet*. Saturday, 27<sup>th</sup> February. 1971. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X> Acesso em: 05 de Março de 2019.

HARZHEIM E. *Et. al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*, London, v. 6,n 156, p. 1-13, Dec. 2000.

HIPPISLEY-COX, J.; COUPLAND, C. Development and validation of risk prediction algorithms to estimate future risk of common cancers in men and women: prospective cohort study. *BMJ Open*, N°. V.3, in november of 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/273785680\\_Development\\_and\\_validation\\_of\\_risk\\_prediction\\_algorithms\\_to\\_estimate\\_future\\_risk\\_of\\_common\\_cancers\\_in\\_men\\_and\\_women\\_Prospective\\_cohort\\_study](https://www.researchgate.net/publication/273785680_Development_and_validation_of_risk_prediction_algorithms_to_estimate_future_risk_of_common_cancers_in_men_and_women_Prospective_cohort_study). Acesso em: 18 de janeiro de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [on line]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/petropolis/panorama>. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Monografias municipais. Petrópolis. [on line]. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2972/momun\\_se\\_rj\\_petropolis.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2972/momun_se_rj_petropolis.pdf) Acesso em 14 de novembro de 2019.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. 4º Ed. Rev. Atual. Rio de Janeiro. INCA. 2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. A mulher e o câncer de mama no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Rio de Janeiro. INCA. 2014.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva.. Confira as recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama. 23 de julho de 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/confira->

recomendacoes-do-ministerio-da-saude-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama Acesso em: 19 de novembro de 2019.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro. INCA. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> Acesso em: 06 de fevereiro de 2020.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Página web institucional. Tipos de câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/> Acesso em: 15 de fevereiro de 2020.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Página web institucional. Estatísticas do câncer. Atualizado em 01 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer> Acesso em: 22 de novembro de 2019.

Instituto de Saúde de São Paulo. Programa de Pesquisa para o SUS. Boletim do Instituto de Saúde. Volume 13. Número 1. Abril de 2011. ISSN 1518-1812. On Line: 1809-7529. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis\\_v13\\_1.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v13_1.pdf) Acesso em 18 de novembro de 2019.

IPEA. UNIFEM. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fondo de desenvolvimento das Nações Unidas para a mulher. Brasil. Retrato das desigualdades: gênero, raça. 1ª edição. [IPEA, UNIFEM]. s.l.; s.d. 11, 2 p. [On line]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/primeiraedicao.pdf> Acesso em: Novembro 13 de 2019.

KOOS, E. L. The Health in Region-ville: What the People Thought and Did About It. Sociological Studies of Health and Sickness, Dorrian Apple (id.) New York: McGraw-Hill Book Co., Inc. 1960.

KOOS, E.L. The Health of Regionville. Columbia University Press; Geoffrey Cumberlege, Oxford, 1954.

KLOETZEL, Raciocínio Clínico. Edart Editora. São Paulo. 1977; 136 p.

LANGDON EJ, WIIK FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai-jun 2010.; 18(3).9 Telas. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023> Acesso em: 03 de novembro de 2018.

LÊ BRETON, D. A sociologia do corpo. 4ª Edição. Tradução de Sônia M.S. Fuhrmann. Editora Vozes. Petrópolis – RJ. 2010. 29-39; 99 p.

LEAVELL H; CLARK, E.G. Medicina preventiva. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.

LONGO, D. L., FAUCI, A. S.; KASPER, D. L.; HAUSER, S. L.; JAMESON, J. L.; LOSCALZO, J. Manual de Medicina de Harrison. 18ª edição. McGraw Hill. Artmed. 2013.

LUQUE-MELLADO, FJ. Et al. Improvement in the management of demand in a primary care team. SEMERGEN – Medicina de Familia. Volume 36, Issue 5. May 2010. 243 – 252 p.

MACHADO, M.; CORREIA, A.; FALCÃO, L. M.; RAVARA, L. P. Linfoma de Hodgkin, conceitos atuais. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna Vol.

11. N. 4. 2004. Disponível em: [https://www.spmi.pt/revista/vol11/vol11\\_n4\\_2004\\_207-215.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol11/vol11_n4_2004_207-215.pdf) Acesso em: 01/02/2019

MARANHÃO (Estado). Decreto nº 33.661. 27 de novembro de 2017. Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e das Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão.

MARTÍNEZ, C. F. Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. An Med Asoc Med Hosp ABC. 47 (2). 2002. 112-17 p. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2002/bc022k.pdf> Acesso em: 10 de abril de 2019.

MARTÍNEZ-GRACIÁN, H. et.al. Analysis of the Reasons for Consultation for Decision-making in Family Medicine. Atención Familiar. Vol. 22. Núm.1. Enero - Marzo 2015.



MATHERS, C. D. et al. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Geneva: WHO, 2003. (Global programme on evidence for health policy discussion paper, v. 54). Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/paper54.pdf> Acesso em: 01 de janeiro de 2019.

MIGOWSKI, Arn et al . Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.34, n.6, e00046317, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000600503&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000600503&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 04 fev. 2019. Epub 25-Jun-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00046317>.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. Cadernos de Saúde Pública. 4 (4). Rio de Janeiro. Out/dez. 1988. 363-81p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787-04.pdf> Acesso em: 26 de fevereiro de 2019.

MOSEHOLM, E.; LINDAHARDT, B. Ø. Patient characteristics and cancer prevalence in the Danish cancer patient pathway for patients with serious non-specific symptoms and signs of cancer. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2017.08.003> Acesso em: 07 de março de 2019.

NETO, J.D.C.; BARRETO, J.B.P.; FREITAS, N.S.; QUEIROZ, M.A. Câncer colorretal: características clínicas e anatomopatológicas em pacientes com idade inferior a 40 anos. Revista brasileira de colo-proctologia. V. 26. N. 4. Rio de Janeiro. Out/Dez. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-98802006000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802006000400009) Acesso em: 20 de novembro de 2019.

NUÑEZ-CORTÉS, J. M. Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo. Fundación Educación Médica. 17 (Supl 1). 2014. S1-S47. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17s1/estudio.pdf>

O GLOBO. Diagnóstico precoce é a grande mudança, diz especialista em câncer de mama. Publicado em 19 de outubro de 2019. [On line]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/diagnostico-precoce-a-grande-mudanca-diz-especialista-em-cancer-de-mama-1-24028692> Acesso em 22 de novembro de 2019.

OPAS. OPAS-OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 2011. 9 p. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1371-portfolio-opas-oms-2011-1&category\\_slug=desenvolvimento-integral-da-cooperacao-tecnica-953&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1371-portfolio-opas-oms-2011-1&category_slug=desenvolvimento-integral-da-cooperacao-tecnica-953&Itemid=965) Acesso em: 18 de novembro de 2019.

OTT, J.J.; ULLRICH, A.; MILLER, A.B. The importance of the early symptom recognition in the context of early detection and cancer survival. *European Journal of Cancer*. 45 (16), 2009. 2743-48 p. Disponível em: [10.1016/j.ejca.2009.08.009](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.08.009) Acesso em: 01 de janeiro de 2019.

OZAWA, M., BRENNAN, P. M., ZIENIUS, K., KURIAN, K. M., HOLLINGWORTH, W., WELLER, D., BEN-SHLOMO, Y. Symptoms in primary care with time to diagnosis of brain tumours. *Family Practice*, 35(5), Oct. 2018. 551–558. <http://doi.org/10.1093/fampra/cmz139>

PEDRERA CARBONELL, V. Et al. Characteristics of health care demand in family medicine clinics in a health Area of the Community of Valencia. *Revista Atención Primaria*. Volume 35, Issue 2, February 2005, Pages 82-88.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.

*Ciência e Saúde Coletiva*. 7 (4). 2002. 687-707 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf> Acesso em: 01 de abril de 2019.

PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiros. Atlas de desenvolvimento Humano no Brasil. [online]. 2013. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/petropolis\\_rj](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/petropolis_rj) Acesso em: 17 de novembro de 2019.

PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 375-380 p.

REIGADA, C.L.L; ROMANO, V.F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. V 28, n. 3. E280316. Rio de Janeiro. 2018. 1-

20p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280316.pdf> Acesso em 17 de novembro de 2019.

ROCHA, S. Pobreza no Brasil, afinal, de que se trata? 1ª Edição. 2003. 12-13;37-44 p.

ROSEN, G. Book and Reports. American Journal of Public Health. The Health of Regionville by Earl Lomon Koos 1951. 391-92. March. 1955.

ROSEN, G. Books reviews: The Health of Regionville: What the People Thought and Did About It. *JAMA*. 1955; 157(18): 1660–61p. doi:10.1001/jama.1955.02950350074034. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/300462> Acesso em: 14 de Outubro de 2018.

SANDS, B. E. Gastroenterologia. 1ª Edição. Thieme Revinter Publicações. Rio de Janeiro. 2018. Seção 3 (livro digital).

SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica. Manual SEOM de prevención y diagnóstico precoz del cáncer. SEOM. [Madrid]. 2017. 10 p. Disponível em: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Manual\\_SEOM\\_Preencion\\_2017.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Manual_SEOM_Preencion_2017.pdf) Acesso em: 01 jan. 2019.

SILVA, M. C.; SOBRAL, J. M (orgs.). Etnicidade, nacionalismo e racismo. Edições Afrontamento. Porto. 2013.

SILVA, V.O. da.; RIOS, D. R. S.; SOARES, C.L.M.; PINTO, I.C.M.; TEIXEIRA, C.F. O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. *Revista Saúde Debate*. V.42. N. 42. Rio de Janeiro. Abril-Junho de 2018. 489-502 p. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n117/489-502/pt> Acesso em: 17 de novembro de 2019.

SMITH, C.E. Et al. Direct access testing in primary care: a systematic review of use and clinical outcomes.

SOUZA, A. N.; PITANGUY, J. Saúde, corpo e sociedade. Editora UFRJ. Rio de Janeiro. 2006. P.184-193.

STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Edição brasileira. Ministério da Saúde – Governo do Brasil. UNESCO. Brasília- DF. 2002.

STARFIELD, B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

TABNET. DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFrj.def> Acesso em: 10 de abril de 2019.

TARGA, LV. Medicina de família e comunidade em áreas rurais. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade, 2011; n 6 (1).

TCERJ. Tribunal de Contas de Rio de Janeiro. Secretaria Geral de Planejamento. Estudos socioeconômicos dos municípios do Estado do Rio de Janeiro. [TCERJ]. [Rio de Janeiro]. 2011. Disponível em: <http://www.cedca.rj.gov.br/pdf/Petropolis.pdf> Acesso em: 18 de novembro de 2019.

TEIXEIRA L. A.; FONSECA, C. M. O. De doença desconhecida a problema de saúde pública: INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007, 9p. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca\\_desconhecida\\_saude\\_publica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf) Acesso em: 15 de novembro de 2018.

UNIVERSITY OF LEICESTER, Clinical Governance Research and Development Unit. Department of Health Sciences. Referral Guidelines for Suspected Cancer in Adults and Children. London. Royal College of General Practitioners. 2005.

USPSTF. US Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. v. 8. N. 319 (18). 1901-13 p. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2680553> Acesso em: 18 de novembro de 2019.

VENTURA, M. Lei de acesso à informação, privacidade e a pesquisa em saúde. Cad. Saúde Pública. 29(4). Rio de Janeiro. 636-38 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/02.pdf> Acesso em: 07 de março de 2019.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde*

*Saúde Soc.* São Paulo. V.25. N.3. 2016. 535 – 49 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf> Acesso em: 10 de abril de 2019.

WHITAKER, J.L.; SMITH, C.F; WINSTANLEY, K.; WARDLE, J. What prompts help-seeking for cancer 'alarm' symptoms? A primary care based survey. *British Journal of Cancer* volume 114, pages 334–339 (02 February 2016). Disponível em: <https://www.nature.com/articles/bjc2015445.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2018

WHITAKER, K.L.; SCOTT, S.E.; WINSTANLEY, K.; MACLEOD, U.; WARDLE, J. Attributions of cancer 'alarm' symptoms in a community sample. [online magazine]. Dec. 2; 9(12), 2014. Disponível em: DOI:10.1371/journal.pone.0114028 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4252079/pdf/pone.0114028.pdf>) Acesso em:25 de julho de 2018.

WHITE, K. An Introduction to the Sociology of Health and Illness. Chapter Title: "Introduction". SAGE Publications Ltd. London. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446278956.n1> Acesso em: 15 de novembro de 2018.

WOLFF, K.; JOHNSON, R. A.; SAAVEDRA, A. P.; ROH, E.K. *Dermatologia de Fitzpatrick*. Atlas e texto. 8ª edição. 1997. 480 p.

WONCA. A definição europeia de medicina geral e familiar. Barcelona: Wonca Europa. OMS, 2002. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf> . Acesso em: 07 de março de 2019.

Working Party on Rural Practice WONCA. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8 (Suppl 1):15-24. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(1\)728](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(1)728) Acesso em: 03 de novembro de 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control. Knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 3: Early Detection. Geneva. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical Diagnosis of Melanoma. WHO. Milano (Italy). June 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. Geneva, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. GLOBOCAN 2018. Disponível online em: <https://www.worldcancercongress.org/globocan-2018-presented-kuala-lumpur> Acesso em: 25 de julho de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Literacy. [On line]. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/> Acesso em 18 de novembro de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Press Release N° 263. 12 September 2018. Disponível em: [https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263\\_E.pdf](https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf) Acesso em: 12 de Janeiro de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. La educación y la salud están íntimamente unidas. Cumbre sobre los objetivos del milenio. Discursos 2010. [On line]. Disponível em: [https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/](https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/) Acesso em: novembro 12 de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Screening for colorectal câncer. Early detection cancer. [on line]. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/detection/colorectalcancer/en/> Acesso em: 15 de novembro de 2019.

## 8. APÊNDICES

### 8.1 Apêndice A: Questionário para coleta de dados (parte 1).

Complete as perguntas com uma X, ou preencha na linha.

Idade (em anos) ____.
Sexo: Feminino _____; Masculino ____; Outro _____.
Cor (raça): _____ Religião _____
<u>Grau de escolaridade:</u> - Analfabeto ( ) - Ensino Fundamental I incompleto ( ) - Ensino Fundamental I completo ( ) - Ensino Fundamental II incompleto ( ) - Ensino Fundamental II completo ( ) - Ensino Médio Incompleto ( ) - Ensino Médio Completo ( ) - Ensino Superior Completo ( ) - Pós- graduação ( )
Moradia: Urbana _____ Rural _____. Renda familiar (Total) _____ Número de pessoas morando na sua casa incluído você.
<u>Respeito aos Serviços públicos do seu lugar de moradia</u> Tem água encanada (serviço geral de distribuição) ____ Tem água de poço ou nascente ____
Tem outra fonte de água _____ Qual _____ A rua onde mora é pavimentada/ asfaltada: Sim ( ) Não ( )

Na sua casa com quantos destes itens conta:

Banheiros \_\_\_\_\_

Empregado (a) doméstico (a) \_\_\_\_\_

Automóveis de passeio para uso particular exclusivo (não de trabalho) \_\_\_\_\_

Microcomputador \_\_\_\_\_

Lava louça \_\_\_\_\_

Geladeira \_\_\_\_\_

Freezer \_\_\_\_\_

Lava roupa (máquina de lavar excluído o tanquinho) \_\_\_\_\_

DVD (aparelhos que reproduzam DVD, não incluído o do carro) \_\_\_\_\_

Motocicletas para uso particular e não de trabalho \_\_\_\_\_

Secadora de roupa \_\_\_\_\_

---

§ Adaptado de Questionário de classificação econômica Brasil (de autoria da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) ( versão 2019).

**8.2 Apêndices B: Questionário para coleta de dados (parte 2).**

1. Você é usuário frequente do Posto de Saúde do seu bairro?	
Sim	Não
2. Acha que é possível identificar doenças graves como o câncer e melhorar a evolução, caso o paciente consulte ao médico, tão logo como se sinta mal ou perceba alguma coisa que não parece normal no seu corpo?	
Sim	Não
3. Marque com uma X, nos sintomas da seguinte lista, que lhe fariam pensar em câncer:	
Ter um 'intestino normal' sempre, e de repetente ter dificuldade para evacuar	<input type="checkbox"/>
Perceber um caroço grande na axila.....	<input type="checkbox"/>



Urina muito amarelada.....	<input type="checkbox"/>				
Secreção pelo bico da mama depois dos 50 anos de idade.....	<input type="checkbox"/>				
Ter feridas na mama que não cicatrizam.....	<input type="checkbox"/>				
Ter que se esforçar demais para urinar.....	<input type="checkbox"/>				
Acordar muitas vezes durante a noite para urinar.....	<input type="checkbox"/>				
Perceber sangue nas fezes ou sangramento pelo ânus. ....	<input type="checkbox"/>				
Perceber vermes nas fezes .....	<input type="checkbox"/>				
Impotência sexual desde a juventude.....	<input type="checkbox"/>				
Nenhum dos anteriores.....	<input type="checkbox"/>				
<p>4. Qual ou quais meios usa você para obter informação sobre saúde.</p> <p>Marque com um X (pode ser mais de uma resposta).</p>					
Televisão/rádio	<input type="checkbox"/>				
Revistas, jornais, livros (em papel)	<input type="checkbox"/>				
Internet	<input type="checkbox"/>				
Meu médico ou enfermeiro do posto: Na consulta, nos grupos, nas palestras do posto.	<input type="checkbox"/>				
Outro profissional de saúde fora do posto	<input type="checkbox"/>				
Nenhum	<input type="checkbox"/>				
<p>5. Caso você apresentar alguma condição de saúde que lhe faça pensar que tem câncer (dentro dos seus conhecimentos ou experiência pessoal), aonde iria consultar primeiro? (só marque num item)</p>					
Médico do Posto	Internet	Sacerdote, Pastor, curandeiro, xamã ou parecido	Familiars, amigos, vizinhos, colegas de trabalho	Outro profissional de saúde fora do Posto	Livros, revistas, ou meios de comunicação tradicionais, que incluem a internet

### 8.3 Apêndice C: TCLE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: **Nível socioeconômico e reconhecimento de sinais e sintomas de risco para o câncer por usuários da estratégia saúde da família.** O objetivo é Avaliar a capacidade de reconhecimento dos adultos, de 50 anos ou mais de idade, usuários de Postos de Saúde, de sinais e sintomas de alarme para câncer, como importantes para procurar o atendimento médico em duas unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Petrópolis, RJ. Sua participação não é obrigatória e consistirá no preenchimento de um questionário. **Não há respostas corretas, nem incorretas, somente suas importantes opiniões.**

A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, relacionado à extensão das perguntas, podendo haver cansaço ou aborrecimento de responder um questionário, gerar algum grau de desconforto (constrangimento), despertar memórias que estavam esquecidas, que possam causar-lhe dor ou sofrimento mental, geração de lembranças ou identificação pessoal ou de pessoas próximas nos sintomas/sinais descritos no questionário ou provocar mudança na sua autoestima provocada pelas lembranças sobre uma condição física ou psicológica presentes em você ou em alguma pessoa de sua afeição. Pode haver risco de perda da confidencialidade ou privacidade nos seus dados se não forem adotadas precauções de proteção de seus dados.

A responsável pela realização do estudo se compromete a minimizar esses riscos, ao garantir seu direito de recusa para continuar participando desta pesquisa, desistindo dela a qualquer momento ou quando desejar interromper as respostas ao questionário ou de solicitar o questionário já respondido, caso desista após sua participação. Será garantido a assistência integral e gratuita, na unidade onde você já vem sendo assistido regularmente, diante da ocorrência de emoções ou sofrimento gerado pela sua participação. Os seus dados serão anonimizados em uma planilha de computador (ou seja, registrar suas respostas sem associar ao seu nome, nem de outro participante). Não serão guardados os dados desta pesquisa na internet com os nomes dos participantes, garantindo a privacidade e anonimato de dados sensíveis.

Em caso de dano comprovadamente oriundo da pesquisa você terá direito a indenização através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Se aceitar participar, o benefício direto não será para você, mas você estará contribuindo para a sensibilização da necessidade de pesquisa e construção

do conhecimento na área da oncologia e Atenção Primária à Saúde. Ajudará ainda a sensibilizar o pessoal de saúde e pacientes sobre a influência dos fatores socioeconômicos na identificação, de sinais de alerta para câncer.

**Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa** e mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda do pesquisador por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Petrópolis - RJ, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**DERLY JUDAISSY DIAZ RODRIGUEZ**

Pesquisadora responsável

E-mail: [erbitux21-lispro@yahoo.es](mailto:erbitux21-lispro@yahoo.es)

Telefones: (24)22438713

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21)3938-0962

E-mail:

[cepeeanhesfa@gmail.com](mailto:cepeeanhesfa@gmail.com)/[cepeeanhesfa@eean.ufrj.br](mailto:cepeeanhesfa@eean.ufrj.br)

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

---

PARTICIPANTE

CONTATO: