

mulheres fluminenses

 **outubro
rosa**

CÂNCER DE MAMA

A conscientização sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama.

CÂNCER DO COLO
DO ÚTERO NO BRASIL:
EPIDEMIOLOGIA,
PREVENÇÃO E
DESAFIOS

DIGNIDADE MENSTRUAL

RECONSTRUÇÃO
MAMÁRIA

CUIDADOS
PALIATIVOS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CLÁUDIO BONFIM DE CASTRO E SILVA
Governador

NICOLA MOREIRA MACCIONE
Secretaria de Estado da Casa Civil

FUNDAÇÃO CENTRO ESTADUAL DE ESTATÍSTICAS,
PESQUISAS E FORMAÇÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS
DO RIO DE JANEIRO – CEPERJ

IZABEL MARIA BRITO TOLEDO
Presidente

CENTRO DE ESTATÍSTICAS ESTUDOS E PESQUISAS -
CEEP
NATHALIA EMYGDIA DE ANDRADE
Diretora

COORDENADORIA DE COORDENADORIA DE GESTÃO,
INOVAÇÃO E INFORMAÇÃO
BRENO ORNELAS
Diretora

ANDREZZA MOURA
GABRIEL VALE
GRAZIELLE RIGUEIRA
NICOLE GIORI
Equipe Técnica

ANTONIO JORGE DE MATOS
Projeto Gráfico, Diagramação e Design

Outubro/2025

ouvidoria@ceperj.rj.gov.br

www.rj.gov.br/ceperj

sumário

04 CÂNCER DE MAMA

08 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL: EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E DESAFIOS

14 RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

18 CUIDADOS PALIATIVOS

22 DIGNIDADE MENSTRUAL

Editorial

Outubro Rosa: conhecimento, dignidade e políticas públicas em favor das mulheres fluminenses

Nathalia Emygdia de Andrade
Diretora do Centro de Estatísticas, Estudos e Pesquisas (CEEP/CEPERJ)



Outubro é um mês simbólico para a saúde da mulher, mas o debate que ele inspira deve se estender por todo o ano.

Para o Centro de Estatísticas, Estudos e Pesquisas (CEEP) e a Comissão de Valorização das Mulheres da Fundação CEPERJ, este é um momento de reafirmar o compromisso com a produção de conhecimento e o fortalecimento de políticas públicas que promovam saúde, dignidade e equidade para as mulheres fluminenses.

Os temas reunidos neste boletim — câncer de mama, câncer do colo do útero e vacinação contra o HPV, reconstrução mamária, cuidados paliativos e dignidade menstrual — refletem conquistas e desafios que atravessam o cotidiano de milhões de brasileiras.

No Rio de Janeiro, onde a incidência de câncer de mama supera 70 casos a cada 100 mil mulheres, é urgente ampliar o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento de qualidade em todo o território fluminense.

A reconstrução mamária, direito garantido em lei, é fundamental para a autoestima e a reinserção social das mulheres que enfrentam a mastectomia.

O INCA, referência nacional

sediado em nosso estado, tem papel essencial nesse cuidado, mas é preciso ampliar o alcance regional desse atendimento.

Os cuidados paliativos, por sua vez, reafirmam o valor da vida em todas as etapas, assegurando acolhimento e conforto a pacientes e famílias.

A consolidação dessa política requer profissionais capacitados e cobertura equitativa, especialmente nas regiões com menor estrutura de saúde.

E quando falamos em dignidade menstrual, destacamos avanços como a Lei Estadual nº 9.404/2021, que garante a distribuição gratuita de absorventes nas escolas públicas.

Ainda assim, é essencial avançar em ações intersetoriais que integrem saúde, educação e saneamento, para que a menstruação jamais seja fator de exclusão.

Esses cinco temas expressam um mesmo compromisso: o de assegurar às mulheres do Rio de Janeiro o direito a uma vida plena, saudável e livre de desigualdades.

Que o Outubro Rosa nos inspire a transformar conhecimento em ação e a seguir firmes na construção de um Estado mais justo, humano e solidário.

Câncer de mama

A conscientização sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama e do câncer de colo do útero foi instituída no Brasil pela Lei nº 13.733, de 2018, que estabelece a realização de atividades de conscientização durante o mês de outubro. Essa legislação fortaleceu a campanha conhecida como Outubro Rosa, movimento internacional criado no início da década de 1990, quando a Fundação Susan G. Komen for the Cure lançou o laço cor-de-rosa como símbolo da luta contra o câncer de mama. Desde então, o movimento se espalhou mundialmente e transformou outubro em um período dedicado à informação, mobilização social e incentivo à prevenção.

O câncer de mama constitui um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Em 2020, foram registrados 19,3 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo, sendo 2,3 milhões de câncer de mama. A doença causou 685 mil mortes globais e, no mesmo ano, cerca de 7,8 milhões de mulheres viviam com diagnóstico recente (últimos cinco anos). O câncer de mama é o tipo mais diagnosticado e a principal causa de morte por câncer entre mulheres no mundo.

Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o triênio 2023–2025 são esperados 73.610 novos casos anuais de câncer de mama no Brasil, representando um risco médio estimado de 66,54 casos por 100 mil mulheres (INCA, 2023).

As regiões Sul e Sudeste concentram as maiores taxas de incidência e mortalidade, fato associado tanto a fatores demográficos e de estilo de vida quanto à maior capacidade diagnóstica dessas regiões. Já nas regiões Norte e Nordeste, observa-se frequentemente o diagnóstico em estágios mais avançados da doença, resultado das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, rastreamento e tratamento especializado.

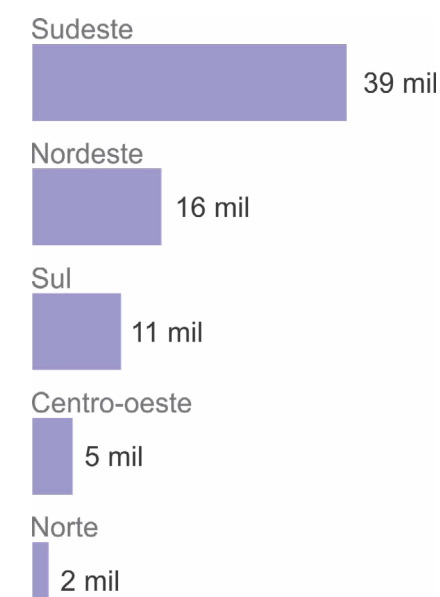
Na somatória da incidência dos quatro estados da região Sudeste do país, a projeção é de 39.330 novos casos de câncer de mama em cada ano do biênio 2024/2025, totalizando assim 78.660 diagnósticos da doença no período. Os casos de câncer de mama registrada nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais é de 52% em comparação com o total de casos do país. A maior prevalência da região (a segunda maior do país) é observada no Rio de Janeiro, com 70,57 casos para cada

100 mil pessoas. Os dados são de levantamento feito pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO).

A manifestação clínica do câncer é bastante heterogênea, podendo variar desde subtipos de evolução lenta até formas mais agressivas e de rápida progressão. Entre os principais sinais e sintomas destacam-se: a presença de nódulo endurecido, fixo e geralmente indolor na mama; alterações cutâneas como eritema ou aspecto de “casca de laranja”; inversão ou saída espontânea de secreções; e nódulos palpáveis em regiões axilares e cervicais. A detecção precoce é fundamental, pois melhora o prognóstico e a sobrevida (INCA, 2023).

A etiologia, ou estudo das causas e origens, do câncer de mama é multifatorial, envolvendo fatores de risco que podem ser comportamentais, ambientais, hormonais ou genéticos. Entre eles destacam-se: a obesidade e o sobrepeso, principalmente após a menopausa; o sedentarismo (menos de 150 minutos de atividade física semanal); o consumo de álcool e a exposição frequente a radiações ionizantes; além de histórico de radioterapia torácica. No âmbito reprodutivo e hormonal, estão fatores como a menarca precoce, a nuliparidade ou primei-

Casos estimados de câncer de mama por região
Triênio de 2023 a 2025

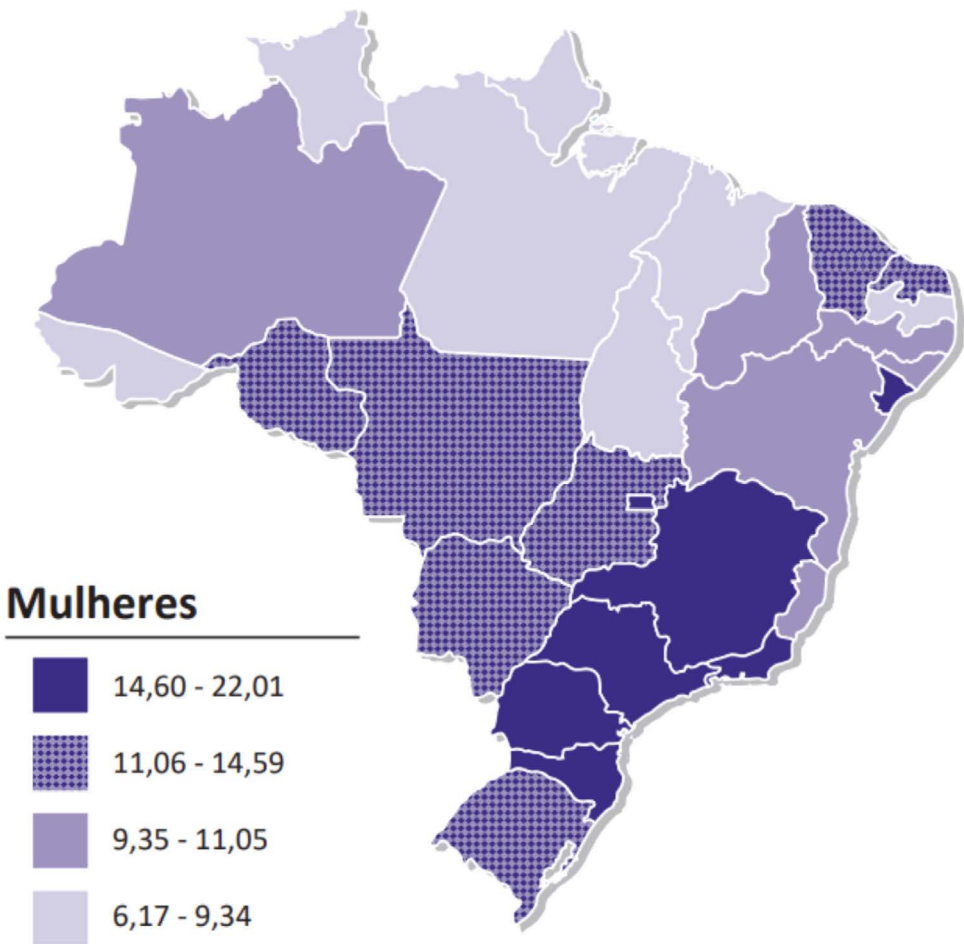


Fonte: Fundação CEPERJ

ra gestação em idade tardia, a menopausa após os 55 anos, o uso prolongado de contraceptivos hormonais e a terapia de reposição hormonal por mais de cinco anos. Já entre os fatores genéticos, destacam-se o histórico familiar de câncer de mama ou ovário, casos precoces em parentes de primeiro grau, presença da doença em homens da família e mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 (INCA, 2023).

A prevenção primária está associada à adoção de hábitos saudáveis, como: manter o peso corporal adequado, praticar atividade física regular, a redução ou abstinência do consumo de bebidas alcoólicas e o estímulo à amamentação, reconhecida como fator protetor. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a realização da mamografia de rastreamento a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos, oferecida gratuitamente pelo SUS. Para aquelas com risco elevado, como portadoras de mutações genéticas ou histórico familiar significativo, orienta-se o início do acompanhamento em idades mais precoces e com frequência anual.

Além disso, o país conta com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, coordenada pelo INCA, cujo objetivo é ampliar a co-

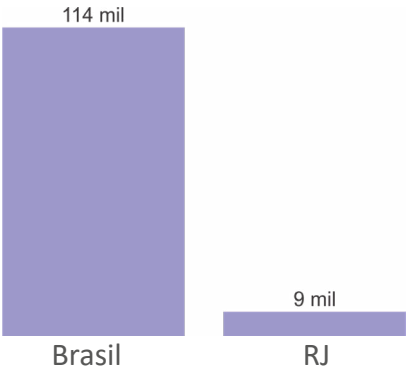


Fonte: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf> p.130

bertura de rastreamento, integrar as redes de atenção oncológica e reduzir desigualdades regionais. Persistem, entretanto, desafios estruturais como a oferta desigual de exames de imagem e a demora no início do tratamento em várias localidades.

O câncer de mama é uma condição de alta prevalência e mortalidade no Brasil, com forte impacto social e econômico. A efetividade das estratégias de prevenção e rastreamento depende não apenas da mobilização social promovida por campanhas como o Outubro Rosa, mas também da consolidação de políticas públicas que garantam o acesso equitativo ao diagnóstico precoce e ao tra-

Casos totais de câncer de mama 2024 e 2025



Fonte: Fundação CEPERJ

tamento adequado em todo o território nacional.

Pensando nisso, o governo federal criou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, ou a PNPCC, através da Lei nº 14.758/2023. A PNPCC visa reduzir a mortalidade e a incidência de diversos tipos de câncer, garantindo o acesso a cuidados integrais e melhorando a vida dos pacientes. Com uma abordagem ampla, a PNPCC promove ações em diversas frentes, seja de prevenção, detecção precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a partir de redes de atenção à saúde regionalizadas e articuladas, garantindo o provimento contínuo de cuidados no Sistema Único de Saúde.

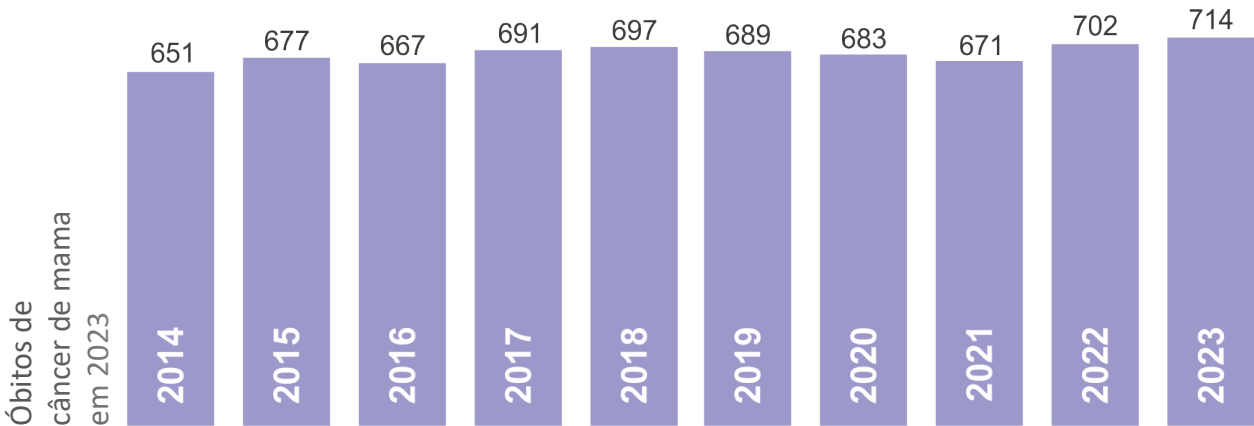
A lei também cria o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, que estende a todos os casos de câncer a estraté-

gia adotada a partir da Lei 14.450/22, para pessoas com câncer de mama. A navegação promove a busca ativa e o acompanhamento individualizado de cada paciente no diagnóstico e no tratamento, a fim de superar eventuais barreiras que dificultem o processo.

Diante desse cenário, torna-se evidente que o câncer de mama permanece como um grave problema de saúde pública que exige ações coordenadas e contínuas. Campanhas de mobilização social como o Outubro Rosa, que contribui de forma significativa para ampliar a conscientização da população sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce. No entanto, a efetividade dessas ações depende de uma estrutura de saúde capaz de garantir acesso a exames, tratamentos e acompanhamento adequado, reduzindo desigualdades regionais e so-

ciais que ainda marcam a realidade brasileira.

Assim, a consolidação de políticas públicas como a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) representa um avanço, ao propor uma abordagem integral que vai da prevenção ao cuidado paliativo. O fortalecimento da rede de atenção oncológica, associado ao uso de estratégias como a navegação de pacientes, tende a otimizar fluxos de atendimento e minimizar barreiras históricas de acesso. Dessa forma, o enfrentamento do câncer de mama no Brasil depende da combinação entre informação de qualidade, participação ativa da sociedade e compromisso governamental em assegurar que todas as mulheres tenham oportunidade de receber diagnóstico precoce e tratamento oportuno, com vistas à redução da mortalidade e à melhoria da qualidade de vida.



Fonte: Fundação CEPERJ



Câncer do colo do útero no Brasil: epidemiologia, prevenção e desafios

O câncer do colo do útero é uma neoplasia maligna associada, em sua quase totalidade, à infecção persistente por tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV). É considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma doença potencialmente eliminável como problema de saúde pública, por meio de estratégias combinadas de vacinação contra o HPV, rastreamento regular e tratamento de lesões precursoras.

No entanto, os avanços nessa área variam substancialmente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Apesar disso, o câncer de colo de útero continua representando uma das principais causas de morbimortalidade feminina no Brasil, sobretudo na Região Norte. No estado do Rio de Janeiro, o câncer é uma preocupação de saúde pública, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima mais de 1.500 casos anuais no estado.

Em 2022, mais de 78 mil mulheres foram diagnosticadas com câncer do colo do útero e mais de 40 mil morreram

devido à doença na Região das Américas. A vacinação de adolescentes contra o papilomavírus humano (HPV) tem potencial para prevenir a maioria dos casos, enquanto o rastreamento aliado ao tratamento de lesões pré-cancerosas identificadas representa uma estratégia de prevenção eficaz e de baixo custo.

O exame de Papanicolau tem sido historicamente usado para a detecção precoce do câncer do colo do útero. Em muitos países em desenvolvimento, incluindo países da América Latina e do Caribe, o uso da citologia não foi acompanhado por uma redução na mortalidade comparável à observada nos países desenvolvidos. Isso se deve não apenas às limitações do exame como teste de rastreamento, mas também à organização dos serviços de saúde e às barreiras culturais e de acesso. Neste contexto, o desenvolvimento e a disponibilidade de novas tecnologias de rastreamento, bem como de vacinas contra o HPV, oferecem oportunidades sem precedentes para alcançar a prevenção e o controle do cân-

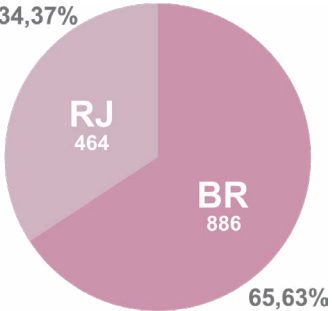
Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2023.
Exceto pele não melanoma
Números arredondados para múltiplos de 10.

Mama feminina	73.610	30,1%
Cólon e reto	26.660	9,7%
Colo do útero	17.010	7,0%
Traqueia, brônquio e pulmão	14.540	6,0%
Glândula tireoide	14.160	5,8%
Estômago	8.140	3,3%
Corpo do útero	7.840	3,2%
Ovários	7.310	3,0%
Pâncreas	5.690	2,3%
Linfoma não Hodgkin	5.620	2,3%

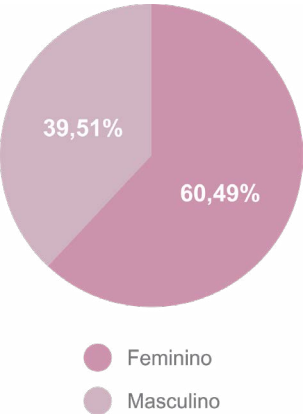
Fonte: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>



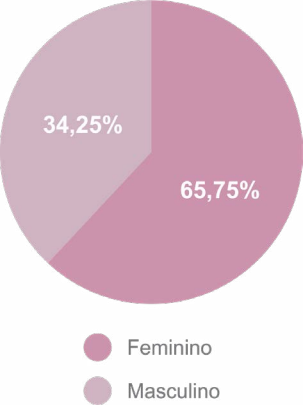
Óbitos por Câncer de Colo do Útero em 2023



Cobertura Vacinal de HPV por sexo no Brasil
Out/23 a dez/24



Cobertura Vacinal de HPV por sexo no RJ
Out/23 a dez/24



Fonte: Fundação CEPERJ

cer do colo do útero.

Segundo o INCA, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo mais incidente entre mulheres, quando excluídos os tumores de pele não melanoma. A estimativa para o triênio 2023–2025 é de 17.010 novos casos anuais, com um risco médio de 13,25 casos a cada 100 mil mulheres.

No Brasil, a vacina contra o HPV foi incorporada ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2014, inicialmente em esquema de duas doses para meninas de 9 a 13 anos, sendo posteriormente ampliada para meninos e outros grupos vulneráveis. Em 2024, o Brasil atualizou seu protocolo, adotando dose única, conforme recomendação da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A vacina oferecida pelo SUS é a quadrivalente, considerada altamente eficaz na prevenção de lesões precursoras. Ela protege contra os tipos oncogênicos e reduz a incidência de verrugas genitais. O PNI oferece vacinação gratuita para adolescentes de 9 a 14 anos, meninas e meninos, em dose única. Também têm direito à imunização pessoas de 9 a 45 anos vivendo com HIV/AIDS, pacientes oncológicos, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea

ou de células-tronco hematopoiéticas, além de vítimas de violência sexual dentro dessa faixa etária.

Estudos demonstram que a vacinação contra o HPV pode prevenir até 90% dos casos de câncer do colo do útero, se aplicada antes do início da vida sexual, quando ainda não ocorreu a exposição ao vírus. A vacina também tem impacto importante na prevenção de outros cânceres relacionados ao HPV, como os de vulva, vagina, ânus, pênis e orofaringe.

Apesar da disponibilidade gratuita, a cobertura vacinal contra o HPV no Brasil permanece abaixo da meta estabelecida. Dados recentes mostram que pouco mais de 60% das meninas e aproximadamente 40% dos meninos completaram o esquema vacinal, quando o ideal é atingir 90% de cobertura até os 15 anos, conforme meta da OMS. Entre os principais desafios para a ampliação da cobertura vacinal estão a disseminação de notícias falsas sobre a segurança da vacina; a baixa adesão de meninos, cuja imunização é fundamental para interromper a cadeia de transmissão; além da resistência cultural de alguns grupos sociais, que associam, de forma equivocada, a vacinação à precocidade da vida sexual.

DADOS SOBRE VACINAÇÃO DE HPV

Um exemplo de sucesso é a Austrália, que foi pioneira ao introduzir, em 2007, um dos primeiros programas nacionais de vacinação contra o HPV, alcançando cobertura superior a 80% entre meninas até os 15 anos e índices semelhantes entre os meninos. Desde 2017, o país também adotou o teste de HPV-DNA no lugar do exame citopatológico tradicional, iniciando o rastreamento aos 25 anos. Como resultado, a incidência de lesões pré-cancerosas em adolescentes e mulheres jovens caiu de forma significativa, e a Austrália é apontada pela OMS como a primeira nação com potencial para eliminar o câncer do colo do útero até 2035.

Enquanto países como Austrália avançam rapidamente rumo à eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública, o Brasil ainda enfrenta obstáculos estruturais, sociais e culturais que dificultam esse progresso. A baixa cobertura vacinal e a desigualdade no acesso ao rastreamento são os principais entra-

ves para aproximar-se da meta da OMS. O que cria a necessidade do governo ampliar campanhas de informação para combater a desinformação sobre a vacina, fortalecer a vacinação escolar garantindo o acesso de adolescentes em todo o território, modernizar o rastreamento com a incorporação gradual do teste de HPV-DNA no SUS e reduzir as desigualdades regionais, assegurando diagnóstico e tratamento rápidos em todo o território. A experiência internacional demonstra que a eliminação do câncer do colo do útero é possível, mas depende de forte investimento em políticas públicas, integração do sistema de saúde e mobilização social.

Além da vacinação, o rastreamento continua sendo um pilar essencial da prevenção do câncer cervical. O exame citopatológico (Papanicolau) é oferecido pelo SUS, é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos, com periodicidade anual e, após dois resultados consecutivos normais, a cada três anos. Embora eficaz, a cobertura do Papanicolau ainda é desigual no

Brasil, sendo maior em áreas urbanas e entre mulheres de maior escolaridade. A ampliação do acesso e a utilização de métodos mais sensíveis, como o teste de HPV-DNA, são estratégias discutidas para fortalecer o rastreamento.

O câncer do colo do útero é uma doença evitável, mas que ainda ocupa posição de destaque na epidemiologia brasileira devido, em parte, à baixa adesão às medidas de prevenção. A vacinação contra o HPV representa a principal estratégia de longo prazo para eliminação da doença, mas depende de altas coberturas vacinais e ampla mobilização social.

A combinação de vacinação, rastreamento eficaz e tratamento oportuno de lesões precursoras é o caminho para que o Brasil alcance a meta global da OMS de eliminar o câncer cervical como problema de saúde pública até 2030. Para isso, será necessário enfrentar barreiras culturais, logísticas e informacionais, assegurando o acesso equitativo a todas as mulheres, em todas as regiões do país.

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

No Brasil, a Lei nº 12.802/2013 garante às mulheres submetidas à mastectomia em decorrência do câncer de mama o direito à cirurgia de reconstrução mamária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa legislação está em consonância com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e reforça o caráter integral do tratamento oncológico, considerando não apenas a remoção do tumor, mas também a reabilitação física, emocional e social da paciente.

Segundo a lei, o procedimento deve ser realizado gratuitamente em hospitais públicos ou unidades conveniadas habilitadas, incluindo também a simetrização da mama contralateral, quando necessária. Assim, a reconstrução não é tratada apenas como um procedimento estético, mas como parte do tratamento terapêutico e reabilitador, fundamental para o bem-estar da mulher.

A legislação prevê duas possibilidades para a realização da cirurgia de reconstrução mamária. A primeira é a reconstrução imediata, feita no mesmo ato da mastectomia, desde que não existam contra indicações clínicas, como a presença de infecção ou a necessidade de tratamentos adicionais urgentes. Realizada em um momento posterior, a reconstrução tardia ocorre quando a condição clínica da paciente permitir, mediante laudo médico que comprove a necessidade. Essa flexibilidade garante que as pacientes recebam o cuidado adequado de acordo com suas condições de saúde, respeitando a individualidade de cada caso.



A reconstrução mamária vai além da restauração da aparência física. Ela desempenha papel central na recuperação da autoestima, identidade feminina e qualidade de vida das pacientes. Visto que o impacto psicológico do câncer de mama e da mastectomia pode incluir depressão, ansiedade, baixa autoestima e dificuldades de reinserção social e profissional.

Por isso, a cirurgia de reconstrução é entendida como parte do cuidado integral à saúde da mulher, promovendo não apenas a reabilitação física, mas também o bem-estar emocional. O suporte emocional é crucial durante o tratamento oncológico, pois auxilia o paciente a lidar melhor com os efeitos colaterais, a manter uma perspectiva positiva e a ter maior adesão ao tratamento, sendo recomendado o acompanhamento com psicólogos especializados, o apoio de uma rede de suporte (familiares, amigos, grupos de apoio) e a adoção de práticas que promovam o bem-estar físico e mental, como atividade física regular.

Apesar da garantia legal, a realidade mostra que muitas mulheres ainda encontram barreiras para acessar a reconstrução mamária no SUS. O acesso ao procedimento é mais viável em grandes centros urbanos e nas regiões Sul e Sudeste, enquanto mulheres do Norte e Nordeste frequentemente enfrentam longas filas e a falta de infraestrutura adequada. Além disso, muitos hospitais públicos não possuem centros cirúrgicos equipados ou materiais necessários, como próteses e expansores, o que limita a oferta do serviço.

Somado à escassez de profissionais especializados, como mastologistas e cirurgiões plásticos habilitados para o procedimento, é outro fator

que restringe o atendimento, sobretudo fora das capitais, além da baixa remuneração prevista na tabela de valores pagos pelo SUS, considerada defasada, o que desestimula parte dos profissionais a realizar a cirurgia pela rede pública. Como consequência, em alguns estados as pacientes chegam a aguardar meses ou até anos para realizar a reconstrução, comprometendo a efetividade de um direito já assegurado em lei.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, atua como referência no tratamento do câncer de mama e na realização de cirurgias de reconstrução. Além da assistência direta às pacientes, o INCA tem papel estratégico na formação de profissionais de saúde, na produção de protocolos clínicos e na articulação de políticas públicas que ampliem o acesso à cirurgia reconstrutiva no país.

Nos últimos anos, políticas de conscientização e campanhas públicas também têm buscado ampliar a informação sobre o direito à reconstrução mamária, uma vez que muitas mulheres desconhecem essa garantia.

A reconstrução mamária pelo SUS é um direito assegurado por lei e um componente essencial do tratamento do câncer de mama no Brasil. No entanto, o acesso desigual, a escassez de profissionais, a infraestrutura insuficiente e a defasagem da remuneração permanecem como obstáculos à efetivação desse direito. Nesse contexto, a PNPCC é fundamental ao propor o número de hospitais habilitados, investir na capacitação de equipes multiprofissionais, atualizar a remuneração dos procedimentos e garantir maior equidade regional são passos indispensáveis para que a legislação se traduza em realidade para todas as mulheres brasileiras.

Como solicitar o procedimento no SUS

O acesso à reconstrução mamária no SUS segue um fluxo específico:

Laudos médicos

a paciente precisa de um relatório emitido por profissional da saúde atestando a indicação da cirurgia, seja por razões físicas ou psicológicas.

Encaminhamento

o pedido é encaminhado da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde) para a Atenção Especializada, que fará a avaliação e autorização.

Hospitais habilitados

o procedimento deve ser realizado em hospitais públicos (municipais, estaduais, federais e universitários) ou em unidades conveniadas especializadas em oncologia e cirurgia plástica reconstrutiva.



Cuidados Paliativos



Os Cuidados Paliativos representam uma abordagem de atenção integral voltada às pessoas com doenças graves, progressivas e potencialmente ameaçadoras da vida, como o câncer, doenças neurodegenerativas e insuficiências orgânicas avançadas. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os cuidados paliativos são parte fundamental da atenção oncológica, buscando promover qualidade de vida, conforto e dignidade para pacientes e familiares.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos é uma estratégia do Ministério da Saúde cujo objetivo é organizar e ampliar o acesso da população brasileira a esse tipo de cuidado, voltado às pessoas com doenças que ameaçam a vida ou que enfrentam intenso sofrimento. Instituída em 7 de maio de 2024, pela Portaria nº 3.681 do Ministério da Saúde, os cuidados paliativos buscam aliviar a dor, promover qualidade de vida e oferecer suporte integral tanto ao paciente quanto à sua família.

Para isso, estabelece diretrizes para integrar os cuidados paliativos em todos os níveis do SUS, estimula a capacitação de profissionais de saúde, incentiva a criação de serviços e equipes multiprofissionais especializadas e garante um atendimento pautado no acolhimento, na dignidade e no respeito às escolhas do paciente em todas as fases da doença.

Ao contrário do senso comum, cuidados paliativos não significam desistência do tratamento. Eles podem ser oferecidos desde o diagnóstico da doença, em paralelo a terapias modificadoras (como quimioterapia, radioterapia ou cirurgia), ampliando o controle de sintomas e o suporte psicossocial.

Os cuidados paliativos envolvem o alívio da dor e de sintomas como fadiga, falta de ar, náuseas, ansiedade e insônia. Essa abordagem é integral e considera não apenas os aspectos físicos, mas também os psicológicos, sociais e espirituais, sempre respeitando os valores e as preferências do paciente. Além disso, oferece apoio à família durante todo o processo de adoecimento e no período de luto, reconhecendo o impacto da doença em toda a rede de apoio. O respeito à dignidade e à autonomia é central, com decisões compartilhadas que

incluem o planejamento antecipado do cuidado e a valorização das vontades do paciente. O foco principal é a promoção da qualidade de vida, permitindo que a pessoa viva da forma mais ativa possível até o fim da vida, evitando tratamentos desnecessários e hospitalizações prolongadas.

No SUS, os cuidados paliativos são oferecidos por equipes interdisciplinares que reúnem médicos e enfermeiros, responsáveis pelo manejo clínico, psicólogos e assistentes sociais, que prestam suporte emocional e orientação social, além de nutricionistas e fisioterapeutas, que atuam para manter a funcionalidade e o conforto do paciente. Quando solicitado, capelães, líderes religiosos ou outros profissionais também podem ser envolvidos para garantir apoio espiritual. Essa diversidade de saberes permite uma abordagem integral, de caráter biopsicossocial e espiritual, considerada essencial no cuidado paliativo.

A organização desse atendimento está alinhada à Política Nacional de Cuidados Paliativos, que estabelece diretrizes para garantir acolhimento, dignidade e qualidade de vida a pessoas em situação de doenças ameaçadoras da vida, também dialoga com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que reforça a importância de oferecer não apenas diagnóstico e tratamento adequados, mas também suporte contínuo, humanizado e integral em todas as fases da doença.

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), localizado no Rio de Janeiro, é o principal centro de referência em oncologia do Brasil e atua tanto no tratamento curativo quanto na assistência em cuidados paliativos. Além do atendimento direto aos pacientes, o INCA desempenha um

papel fundamental na formação e capacitação de profissionais da saúde nessa área, na produção de protocolos e diretrizes nacionais e no desenvolvimento de pesquisas que buscam aprimorar a prática paliativa no SUS.

Estudos nacionais e internacionais demonstram que pacientes em cuidados paliativos sentem menos dor e apresentam melhor controle de sintomas, vivem com maior qualidade de vida mesmo em estágios avançados da doença, passam por menos hospitalizações desnecessárias — o que também reduz custos para o sistema de saúde —, recebem suporte para tomar decisões conscientes sobre seus tratamentos e têm suas famílias mais amparadas tanto durante o processo da doença quanto no enfrentamento do luto.

Apesar dos avanços, o Brasil ainda enfrenta barreiras para a plena implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Há grande desigualdade regional, já que a maioria dos serviços especializados está concentrada nas regiões Sul e Sudeste, enquanto Norte e Nordeste apresentam lacunas significativas. Soma-se a isso a formação profissional insuficiente, pois muitos trabalhadores da saúde não recebem treinamento adequado em cuidados paliativos durante a graduação. A demanda também é crescente, impulsionada pelo envelhecimento populacional e pela alta incidência de doenças crônicas, como o câncer, o que aumenta a necessidade de serviços específicos. Além disso, há limitações de infraestrutura, marcadas pela escassez de leitos voltados a cuidados paliativos e pela insuficiência de equipes capacitadas. Por fim, o tabu cultural em torno da morte, frequentemente evitada em discussões sociais, dificulta o planejamento antecipado do cuidado.

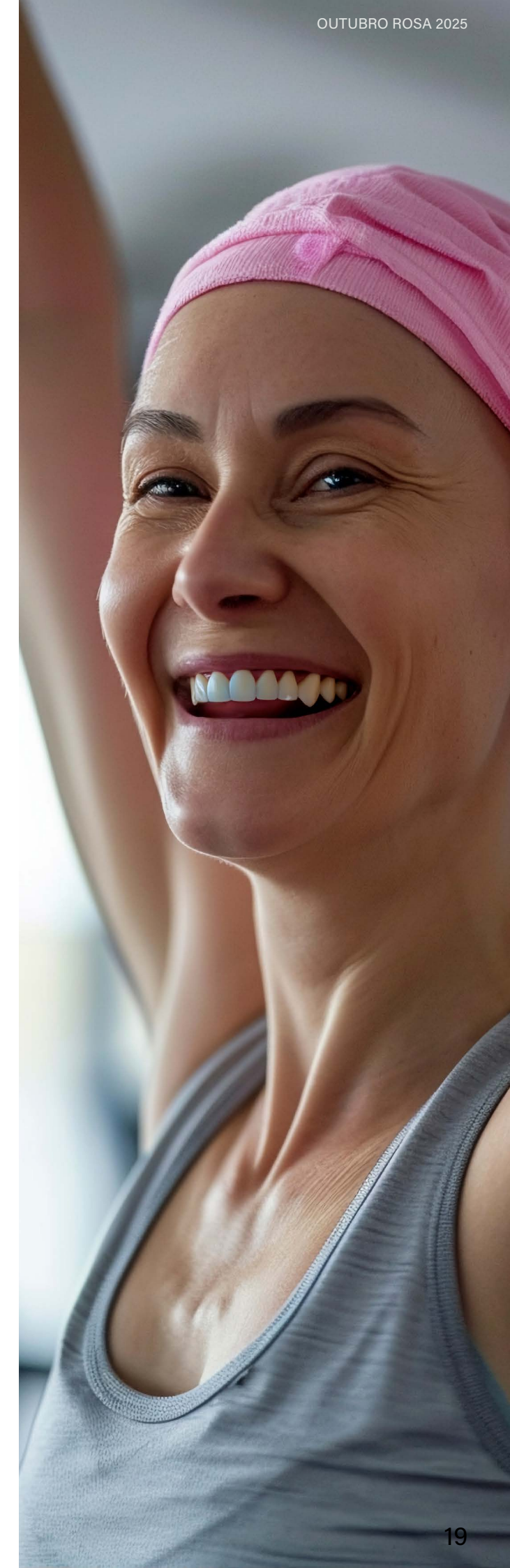
O acesso inicia-se geralmente pela Unidade Básica de Saúde (UBS), que faz a avaliação clínica e, se necessário, encaminha para serviços especializados. O fluxo básico inclui:

1. Procura da UBS mais próxima pelo paciente ou família.
2. Consulta médica inicial, com avaliação de sintomas e necessidades.
3. Encaminhamento, quando indicado, para centros de referência em oncologia, hospitais universitários ou serviços especializados em cuidados paliativos.

No caso do câncer, hospitais oncológicos de referência vinculados ao SUS, como os do Instituto Nacional de Câncer (INCA), oferecem programas estruturados de cuidados paliativos, servindo também como centros de ensino e pesquisa.

Os cuidados paliativos no SUS são um direito fundamental dos pacientes oncológicos e de todos aqueles com doenças crônicas graves. No entanto, sua efetivação plena depende da expansão dos serviços, capacitação das equipes, ampliação da rede de apoio às famílias e da redução das desigualdades regionais.

A realidade brasileira está distante da cobertura ideal, mas avanços têm ocorrido nos últimos anos, principalmente no fortalecimento da Política Nacional de Cuidados Paliativos e no protagonismo do INCA como centro de referência. Garantir acesso universal e equitativo a cuidados paliativos é um dos maiores desafios do SUS, mas também uma das estratégias mais humanas para assegurar dignidade e qualidade de vida até o fim.





Dignidade menstrual

A dignidade menstrual é uma pauta recente dos Direitos Humanos, o termo diz respeito ao direito das pessoas que menstruam de passarem por esse período com segurança e condições básicas de higiene. Apesar de associarmos a dignidade menstrual ao acesso a absorventes e a outros tipos de itens de higiene e cuidado pessoal, a definição inclui também o acesso à informação, à educação e ao saneamento básico. Além disso, é necessário entender, também, outros conceitos que se entrelaçam com a dignidade menstrual para ter um panorama mais amplo, diverso e completo desse debate.

O Relatório do UNFPA (United Nations Population Fund) e do UNICEF (United Nations Children's Fund), intitulado "Pobreza menstrual no Brasil: desigualdade e violações de direitos" define a pobreza ou precariedade menstrual como um fenômeno complexo, multidisciplinar e transdisciplinar, caracterizado pela falta de acesso a produtos adequados para o cuidado da higiene menstrual (exemplo: absorvente descartável), ausência de banheiros seguros e em bom estado de conservação, saneamento básico e coleta de lixo; falta de acesso a medicamentos e/ou serviços médicos, informações insuficientes ou incorretas sobre a saúde e os ciclos menstruais; tabus e preconceitos sobre a menstruação que geram segregação das pessoas que menstruam, além de questões econômicas, como a tributação de produtos menstruais.

Já a dignidade menstrual é definida como a garantia do acesso a condições de higiene e produtos básicos para as pessoas que menstruam. Entre essas condições e produtos estão o saneamento básico, a autonomia econômica, a educação, a saúde integral, o enfrentamento do racismo, o acesso ao transporte e todos os direitos fundamentais para uma vida plena e digna, sem barreiras que impeçam o pleno desenvolvimento do potencial das pessoas que menstruam.

Os Estados e o Distrito Federal, impulsionados pela publicação da Lei Federal nº 14.214 de 6 de outubro de 2021, também implementaram políticas públicas voltadas à dignidade menstrual, promovendo a descentralização dos projetos. Apesar do cenário bra-

sileiro apresentar muitos pontos em comum, é necessário considerar as realidades e demandas locais de cada estado e município. Cabe destacar que grande parte das legislações estaduais sobre o tema adota uma abordagem multidisciplinar, para além da simples distribuição de produtos de higiene e das ações pontuais de conscientização.

O Programa de Proteção e Promoção da Dignidade Menstrual, do Governo Federal, que garante a oferta gratuita de absorventes por meio da Farmácia Popular, destinado à pessoas com idade entre 10 e 49 anos, com renda mensal de até R\$ 218, estudantes de baixa renda da rede pública, pessoas em situação de rua ou vulnerabilidade social extrema, além daquelas recolhidas em unidades do sistema prisional ou em cumprimento de medidas socioeducativas.

Dentro do Estado do Rio de Janeiro, há um projeto de lei apresentado pela deputada Renata Souza, ainda em tramitação. Entre as normas já em vigor, destaca-se a Lei n 9.404 de 16 de setembro de 2021, que garante a distribuição de absorventes nas escolas públicas do Estado. A Lei prevê a divulgação da disponibilidade dos kits higiênicos femininos no ambiente escolar através de cartazes, além a distribuição deve ser realizada na secretaria ou coordenadoria da escola, preferencialmente por uma funcionária da escola, em quantidade mínima de um pacote com 30 unidades ou quatro pacotes de oito unidades, a cada 30 dias. Além disso, na Alerj, em 2023, a deputada Renata Souza apresentou 88 proposições, na forma de Indicação Legislativa (INC) solicitando a ampliação da distribuição gratuita de absorventes nas escolas públicas, unidades de saúde e assistência social para 88 municípios do Estado.

Embora a distribuição aconteça apenas nas escolas estaduais do Rio de Janeiro, a iniciativa já é um avanço, considerando que cerca de 4 milhões de meninas sofrem com pelo menos uma

privação de higiene nas escolas (acesso a absorventes e instalações básicas tais como banheiros e sabonetes). Além disso, no Brasil, uma em cada quatro meninas deixa de frequentar a escola durante o período menstrual, o que representa, aproximadamente, 45 dias de aula perdidos no ano, o que traz prejuízos à aprendizagem. Essa realidade reforça a desigualdade social e educacional, já que restringe o acesso de quem menstrua a direitos fundamentais e limita suas oportunidades de desenvolvimento pessoal e educacional.

A dignidade menstrual diz respeito ao acesso a direitos humanos básicos para meninas, mulheres e pessoas que menstruam. Garantir que esses grupos possam estudar e trabalhar mesmo menstruadas por meio da educação e de campanhas de conscientização que desmitifiquem o tema para que essas pessoas não sejam excluídas, garantir acesso a saneamento básico, itens de higiene e à saúde para que o processo da menstruação seja o mais seguro possível é essencial para combater estigmas e promover a inclusão.

Outro conceito importante relativo à discussão da dignidade menstrual são as tecnologias menstruais, entendidas como materiais usados para absorver ou coletar sangue menstrual, podem ser absorventes descartáveis ou de pano e calcinhas menstruais. O uso do termo também se faz necessário para substituir o termo “produtos de higiene menstrual”, evitando a associação de menstruação à ideia de algo sujo que precisa ser higienizado. As tecnologias de autogestão menstrual podem ser divididas em dois grupos: as descartáveis e as sustentáveis.

As tecnologias menstruais descartáveis incluem absorventes externos e internos descartáveis, apesar de práticos e acessíveis, esses itens causam impactos econômicos e ambientais. Esses impactos ambientais causados pelos absorventes não estão relacionados ape-

nas ao descarte, mas também envolvem o processo de produção, especialmente do algodão utilizado nos absorventes, que consome grandes volumes de água e energia. Além disso, a maioria desses produtos não são biodegradáveis, mesmo usando recursos naturais em sua composição.

As discussões atuais sobre a dignidade menstrual estão alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis da ONU, os ODS. Então, mesmo nessa discussão, não podemos perder de vista a sustentabilidade. Assim, as tecnologias de gestão menstrual sustentáveis unem as duas questões, já que causam menos impacto ambiental, considerando que reduzem a quantidade de resíduos sólidos, reduzem a geração de resíduos tóxicos e têm maior durabilidade. Elas se dividem em dois tipos: as reutilizáveis e as biodegradáveis, por exemplo, coletores e discos menstruais, absorventes reutilizáveis ou de pano e calcinhas menstruais.

Dito isso, a promoção da dignidade menstrual é, de forma geral, a garantia da saúde integral das pessoas que menstruam. Sendo assim, podemos concluir que as tecnologias menstruais sustentáveis impactam positivamente na promoção do bem estar, já que não cumpre, apenas, o papel de garantir condições básicas de higiene para pessoas que menstruam, mas também de ser menos danoso para o meio ambiente. No entanto, no cenário nacional atual não é possível pensar no uso de tecnologias sustentáveis sem considerar o acesso a saneamento básico, já que esses itens necessitam de higienização correta.

Mas, é necessário esclarecer que o direito ao acesso às diversas tecnologias menstruais não se resume apenas à distribuição gratuita de itens de higiene e cuidado

pessoal. É fundamental que as distribuições estejam associadas ao desenvolvimento de ações educativas sobre o corpo e os processos nele envolvidos. Os tabus ainda permeiam o imaginário sobre o corpo e o sangue menstrual e só podem ser superados com o acesso à informação.

Fatores socioeconômicos, como o acesso à água potável e saneamento básico, entre outros direitos básicos, devem ser levados em consideração quando falamos em acesso à pluralidade de tecnologias menstruais. As pessoas que menstruam devem ter acesso a essas informações e à oportunidade de fazerem escolhas informadas a respeito das tecnologias menstruais que utilizam em seus corpos, considerando suas necessidades e o contexto cultural e socioeconômico.





GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO