

- Vanessa Santos de Souza¹,
- Graziela Toledo Costa Mayrink²,
- Michele Nakahara Melo³,
- Maria Carmen Simões Cardoso de Melo⁴,
- Marcus da Matta Abreu⁵,
- Abrahão Elias Hallack Neto⁵,
- Kelli Borges dos Santos⁴,

¹Universidade Federal de Juiz de Fora

²Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

³Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.

⁴Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

⁵Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

✉ **Michele Melo**
 Rua Wolfgang Amadeus Mozart, 400
 Residencial São Lucas. São Pedro
 Juiz de Fora - MG
 CEP: 36036-631
 📧 nakahara.michele@usp.br

Submetido: 19/02/2019
 Aceito: 15/08/2019

RESUMO

Introdução: Os linfomas são um conjunto de neoplasias linfoides em que há o acúmulo de linfócitos malignos nos linfonodos, causando linfonodomegalia. Mundialmente, os linfomas são responsáveis por 3% a 4% dos cânceres no mundo. Estimativa mundial apontou 390 mil novos casos e 199 mil óbitos por linfoma não Hodgkin e 65 mil novos casos e 25 mil óbitos por Linfoma de Hodgkin no ano de 2012. Sendo a busca por cuidados terapêuticos e a tentativa de solucionar problemas de saúde conduzem indivíduo e familiares por caminhos compreendidos como itinerário terapêutico. **Objetivo:** Conhecer o itinerário terapêutico de pacientes portadores de linfoma atendidos na rede pública por serviço de saúde especializado. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo e descritivo com dados coletados em um hospital de referência em oncologia na Zona da Mata Mineira, Brasil. **Resultados:** Participaram do estudo 32 pacientes, sendo 18 do sexo masculino (56,3%), com idade entre 7 e 80 anos, caracterizados principalmente por baixos níveis de escolaridade e renda. Prevalceu o linfoma não Hodgkin representado por 23 sujeitos (71,9%). Um total de 24 pacientes (75%) necessitou passar por três ou mais médicos até a obtenção do diagnóstico definitivo. O tempo médio entre o aparecimento dos sintomas e a realização do diagnóstico foi de 9,77 meses. A baixa renda dos pacientes contribuiu para a demora na busca ou obtenção do primeiro atendimento à saúde ($p = 0,05$) e consequente diagnóstico do linfoma. **Conclusão:** A dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde e a baixa suspeita diagnóstica para a doença por parte dos profissionais possivelmente influenciaram o atraso no estabelecimento do diagnóstico.

Palavras-chave: Câncer, Linfoma, Acesso aos Serviços de Saúde, Epidemiologia Descritiva.

ABSTRACT

Introduction: Lymphomas are a group of lymphoid neoplasms in which there is accumulation of malignant lymphocytes in the lymph nodes, thus causing lymph node enlargement. Lymphomas account for 3% to 4% of all cancers in the world. Global estimates showed 390,000 new cases and 199,000 deaths from non-Hodgkin's lymphoma, and 65,000 new cases and 25,000 deaths from Hodgkin's lymphoma in the year 2012. The search for therapeutic care and the attempt to solve health problems lead both patients and family members in a search for treatment known as therapeutic itinerary. **Objective:** To understand the therapeutic itinerary of patients with lymphoma treated in the public network by a specialized health service. **Materials and Methods:** A prospective, descriptive study on data collected at a hospital that is a reference for the treatment of oncology in the Zona da Mata Mineira, located in the state of Minas Gerais, Brazil. **Results:** 32 patients participated in the study of which 18 were males (56.3%), aged between 7 and 80 years old, characterized mainly by low levels of schooling as well as income. Prevalence of non-Hodgkin's lymphoma was represented by 23 subjects (71.9%). A total of 24 patients (75%) were examined by three or more doctors until the definitive diagnosis was obtained. The mean lag time between onset of symptoms and confirming diagnosis of the disease was 9.77 months. The low income of the patients contributed to the delay of their initial health care ($p = 0.05$) and consequent diagnosis of the lymphoma. **Conclusion:** The difficulty of access to health care services and the low suspicion in the diagnosis of the disease on behalf of the professionals possibly influenced the delay in establishing the diagnosis.

Key-words: Cancer, Lymphoma, Health Services Accessibility, Epidemiology Descriptive.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde estimula algumas estratégias para a detecção precoce do câncer, entre elas, ações de rastreamento e diagnóstico precoce. No entanto, alguns tipos de câncer, tais como os linfomas, não possuem incidência elevada na sociedade para que possa justificar o seu rastreamento populacional.¹

Mundialmente, os linfomas são um conjunto de neoplasias linfoides em que há o acúmulo de linfócitos malignos nos linfonodos, causando linfonodomegalia. Podem ser subdivididos em Linfoma de Hodgkin (LH), contendo células de Reed-Sternberg, e não Hodgkin (LNH), no qual tais células são ausentes.²

Os sintomas mais comuns são linfonodos periféricos aumentados e indolores, febre, tosse, sudorese noturna, perda de peso (cerca de 10% do peso total em seis meses) e fraqueza. A maioria destes podem ser atribuídos a diversas outras doenças, o que dificulta o seu diagnóstico acurado e precoce.³⁻⁵

Os linfomas são responsáveis por 3% a 4% dos cânceres no mundo. Estimativa mundial apontou 390 mil novos casos e 199 mil óbitos por LNH e 65 mil novos casos e 25 mil óbitos por LH no ano de 2012. No Brasil, estimou-se 1.300 novos casos de LH e 4.940 casos novos de LNH para 2014.⁶

Ambos os tipos de linfoma podem surgir em qualquer faixa etária. A ocorrência de LH é mais comum em indivíduos entre 10 a 40 anos de idade e em maiores de 60 anos.⁶ Em países com menor índice de desenvolvimento há grande incidência em menores de 15 anos.⁷ Já o LNH possui incidência proporcional ao aumento da idade.⁶

A busca por cuidados terapêuticos e a tentativa de solucionar problemas de saúde conduzem o indivíduo e familiares por caminhos compreendidos como itinerário terapêutico (IT).⁸ Assim, o conhecimento deste é uma importante ferramenta para compreender as necessidades de assistência à saúde por parte de pacientes e familiares.⁹

Sendo assim, a presente pesquisa teve como objetivo o conhecimento do IT de pacientes portadores de linfoma atendidos em serviço especializado em instituição de referência no tratamento de câncer localizada na região da Zona da Mata mineira, que compreende diferentes macrorregiões formadas por mais de 140 municípios, dentre os quais os maiores do estado de Minas Gerais, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e de abordagem quantitativa devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 1.089.168). Todos os pacientes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de sua participação.

Os dados foram coletados no período de junho a

setembro de 2015 em hospital de referência para atendimento a pacientes oncológicos, localizado na Zona da Mata Mineira, que compreende diferentes macrorregiões formadas por mais de 140 municípios, dentre os quais os maiores do estado de Minas Gerais, Brasil. Considerou-se elegíveis todos os pacientes com diagnóstico de linfoma, em tratamento ou acompanhamento no referido hospital, independente de idade. O critério de exclusão foi o diagnóstico da doença não confirmado em prontuário.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores para abordar a caracterização da população (idade, escolaridade, dentre outros) e os caminhos percorridos pelo paciente até a obtenção do diagnóstico (aparecimento dos sintomas, serviços de saúde e especialistas procurados até o tratamento etc.). No caso de menores de idade a coleta ocorreu junto aos responsáveis legais.

A checagem dos dados deu-se mediante consulta de prontuário. As entrevistas realizaram-se em consultório ou, em caso de internações, junto ao leito do paciente.

Para caracterização da população foram utilizadas frequências e médias, teste de qui-quadrado para variáveis categóricas e teste *t* para variáveis numéricas. Tais dados foram digitados e analisados por meio de programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - versão 21 para MAC).

RESULTADOS

Participaram do estudo 32 sujeitos com média de idade de 48 anos (7-80 anos), sendo quatro (12,5%) internados e 28 (87,5%) em tratamento ou em acompanhamento ambulatorial no momento da pesquisa. Destes, nove (28,1%) foram diagnosticados com LH e 23 (71,9%) com LNH, outros dados de caracterização dos participantes constam na Tabela 1.

A maior parte dos pacientes apresentou escolaridade até o nível fundamental incompleto. Mais da metade residia na Zona da Mata Mineira (84,4%) e apenas um (3,1%) em outro estado.

Quanto à renda familiar, utilizaram-se os termos "vulnerável" e "não vulnerável". O primeiro para indivíduos com renda familiar até R\$ 1.484,00,¹⁰ totalizando 18 (56,3%) participantes.

Os sintomas mais encontrados foram: tumor/nódulo em 18 (56,3%) pacientes, com localização cervical em 11 (61,1%); fraqueza e perda ponderal em nove (28,1%); sudorese noturna em sete (21,9%) e febre em seis (18,8%).

O tempo médio entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento à saúde foi de três meses (desvio padrão - DP de $\pm 6,7$ meses) para uma amostra de 31 sujeitos, tendo em vista que um deles desconhecia a data do início dos sintomas.

Os consultórios ou clínicas particulares foram procurados para o primeiro atendimento (41,7%) seguido da busca pelas Unidade Básica de Saúde (UBS) (31,3%). Sendo que 84,4% dos pacientes necessitaram buscar novamente algum serviço de saúde por não ter suspeição diagnóstica no primeiro atendimento.

A média de tempo do primeiro atendimento até o diagnóstico de linfoma foi de 8,69 meses (DP \pm 9,92 meses). Quando se trata do início dos sintomas até o diagnóstico médico definitivo, verificou-se ligeiro aumento, sendo a média representada por 9,77 meses (DP \pm 2,06 meses) considerando, também, amostra de 31 sujeitos.

Dos 27 pacientes que buscaram novo auxílio em algum serviço de saúde, 21 (77,8%) procuraram atendimento especializado. Durante o percurso, 75% dos pacientes estiveram em três ou mais médicos até obterem o diagnóstico definitivo de linfoma.

Quando observadas as instituições responsáveis pelo diagnóstico definitivo, nota-se que em dez casos (31,3%) os pacientes receberam-no no hospital onde esta pesquisa foi realizada, 14 (43,8%) em hospitais da região e oito (25%) em atendimento pela rede privada.

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Variável	Total n=32; N (%)
Sexo	
Feminino	14 (43,8)
Masculino	18 (56,3)
Cor	
Branco	14 (43,8)
Pardo	15 (46,9)
Preto	3 (9,4)
Faixa Etária	
≤ 20 anos	2 (6,3)
> 20 anos a ≤ 50 anos	15 (46,9)
> 50 anos	15 (46,9)
Estado Civil	
Solteiro	12 (37,5)
Casado	14 (43,8)
União Estável	3 (9,4)
Divorciado	1 (3,1)
Viúvo	2 (6,3)
Escolaridade	
Nunca estudou	1 (3,1)
Fundamental Incompleto	18 (56,3)
Fundamental Completo	2 (6,3)
Médio Incompleto	2 (6,3)
Médio Completo	6 (18,8)
Superior Completo	3 (9,4)

Os participantes do estudo levaram em média 2,06

meses (DP \pm 4,57 meses) para iniciar o tratamento após recebimento do diagnóstico de linfoma, sendo que o paciente que levou mais tempo para iniciar o tratamento contabilizou 25 meses, e o menor tempo verificado foi menor que um mês, ou seja, iniciou o tratamento no mesmo mês do diagnóstico. Tais informações estão descritas na Tabela 2, de acordo com as características da população.

As médias de tempo entre o primeiro atendimento e o diagnóstico definitivo, de acordo com características da população, seguem descritas na Tabela 3. Enquanto que na Tabela 4, descrevem-se as médias do tempo entre o diagnóstico de linfoma e o início do tratamento conforme características da população.

Tabela 2: Média de tempo entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento de acordo com características da população.

Variáveis	Média (em meses)	p
Sexo		
Feminino	1,57	0,27
Masculino	4,12	
Cor/Raça		
Branco	0,86	0,09
Outra cor/raça	4,71	
Nível de instrução		
Até o fundamental	2,75	0,81
A partir do fundamental	3,36	
Classificação de renda		
Vulnerável	4,94	0,05
Não vulnerável	0,57	

Tabela 3: Média de tempo entre o primeiro atendimento e o diagnóstico de linfoma conforme características da população.

Variáveis	Média (em meses)	p
Sexo		
Feminino	12,43	0,08
Masculino	5,78	
Cor/Raça		
Branco	8,43	0,90
Outra cor/raça	8,89	
Nível de instrução		
Até o fundamental	8,19	0,72
A partir do fundamental	9,64	
Classificação de Renda		
Vulnerável	8,67	0,99
Não-vulnerável	8,71	

Tabela 4: Média de tempo entre o diagnóstico de linfoma e o início do tratamento de acordo com características da população.

Variáveis	Média (em meses)	P
Sexo		
Feminino	1,29	0,36
Masculino	2,67	
Cor/Raça		
Branços	2,71	0,53
Outra cor/raça	1,56	
Nível de instrução		
Até o fundamental	2,81	0,09
A partir do fundamental	0,64	
Classificação de Renda		
Vulnerável	2,94	0,17
Não-vulnerável	0,93	

DISCUSSÃO

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a incidência de linfomas é maior no sexo masculino, o que se mostra em conformidade com o encontrado no presente estudo.⁶

As médias de idade encontradas, tanto para LNH quanto para LH, foram semelhantes ao descrito na literatura (51,74 e 38,3 anos, respectivamente). De acordo com INCA, o LH acomete mais frequentemente indivíduos jovens e geralmente entre 10 a 40 anos, enquanto que no LNH, o risco para desenvolvimento da doença aumentou com a idade.⁶

Dos pacientes estudados, 56% possuíam baixa renda e baixa escolaridade, tal característica é considerada comum em pacientes com câncer, no entanto, cabe ressaltar que o estudo foi realizado em instituição de saúde pública, mesmo ambiente da atual pesquisa, o que pode ter favorecido tal resultado.¹¹

Quando comparados a renda e o período compreendido entre o início dos sintomas até o primeiro atendimento, aqueles pacientes considerados vulneráveis, ou seja, de baixa renda, levaram maior tempo para buscar assistência à saúde ($p=0,05$). No Brasil, a dificuldade de acesso, caracterizada por localização distante da moradia do indivíduo, filas para atendimento e falta de recursos podem ser citadas como justificativas que estimulam a demora na busca por cuidados de saúde por esta população.¹² Somado a estes fatores, há a dificuldade de utilização de serviços particulares, que podem comprometer até 15% da renda dos pacientes.¹³

O grande número de profissionais consultados demonstra a "peregrinação" a médicos e aos serviços de saúde até que o diagnóstico seja estabelecido. No estudo realizado por Campos e colaboradores, os

autores analisaram pacientes com câncer de cabeça e pescoço, sendo que os mesmos afirmaram que deveriam preocupar-se em diminuir o intervalo de tempo para a realização do diagnóstico de neoplasias.¹⁴

O tempo médio para obtenção do diagnóstico definitivo de linfoma foi de 9,77 meses. Não há estudos que indiquem um tempo "ótimo" para a obtenção do diagnóstico visando um melhor prognóstico ou chances de cura. Além disso, comparar o tempo médio de diagnóstico com a literatura é difícil, pois, geralmente, os métodos utilizados, o tamanho da amostra e os tipos de pesquisa são diferentes (autor-referida, uso de registros médicos, dentre outros).

O tempo até a obtenção do diagnóstico de linfoma sofre variação segundo tipos e subtipos devido às características específicas de cada um, já que em geral os indolentes possuem maior tempo para diagnóstico.¹⁵ Todavia, Howell e colaboradores afirmam que é habitual uma variação de 2,5 meses a 12 meses para o diagnóstico de linfoma.¹⁵

Cabe afirmar que este tempo se refere àquele em que a maioria dos pacientes com a doença obtém o diagnóstico, e não é o ideal pela literatura para melhora no prognóstico, aumento da sobrevida e chances de cura, tendo em vista que não foram encontrados estudos contendo esse tipo de informação. No entanto, sabe-se que o diagnóstico precoce do câncer é essencial para maiores chances de cura e melhora de vida e sobrevida dos pacientes.¹

Foi possível observar que a média de tempo entre o diagnóstico de linfoma e o início do tratamento de acordo com características da população, ou seja, cor, vulnerabilidade, grau de instrução e sexo não foram estatisticamente significativos. O que sugere que, após o diagnóstico, o tempo estabelecido até o início do tratamento é semelhante nos diferentes grupos, demonstrando positivamente, que não há diferenciação entre os indivíduos.

A média de tempo entre o diagnóstico de linfoma e o início do tratamento no presente estudo aproximou-se do estabelecido na Lei nº 12.372/12, que prevê que pacientes com neoplasias malignas devem se submeter ao tratamento (terapia cirúrgica, radioterapia ou quimioterapia) no Sistema Único de Saúde (SUS) em até 60 dias após o diagnóstico histopatológico.¹⁶ Esta determinação, somada à criação do Sistema de Informação do Câncer (Siscan), é extremamente importante por mobilizar gestores e hospitais quanto ao tratamento em tempo hábil, resultando em menor mortalidade dos pacientes oncológicos.

Quando avaliado a média de tempo entre o início dos sintomas e o primeiro atendimento, não foi observado diferença estatística significativa, no entanto, é possível observar que aqueles pacientes não brancos demoraram mais para buscar o primeiro atendimento (0,86 versus 4,71 meses; $p:0,09$). Tal achado vem ao encontro da ainda disparidade de acesso aos serviços do SUS como

consta no Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil. No entanto, é necessário compreender que outros fatores podem ser responsáveis por esse achado.¹⁷

Os atuais modelos de saúde não têm conseguido dar respostas efetivas à execução e gerenciamento da política de saúde voltado aos sujeitos pardos ou negros. Em geral, tais modelos utilizam-se de medidas excludentes, seletivas, fragmentadas e incapazes de alterar os níveis de saúde da população negra, que em geral são determinados por possuírem condições sociais desfavoráveis ao seu desenvolvimento humano.¹⁸

Apesar de não ter sido observado diferença estatística em relação a média de tempo entre o primeiro atendimento e o diagnóstico de linfoma, foi possível observar que as mulheres apresentaram tempo superior para a obtenção do diagnóstico (12,43 *versus* 5,78 meses; *p*:0,08). O que não corrobora com o descrito na literatura. Em geral, pacientes do sexo feminino possuem maior cuidado corporal e, conseqüentemente, apresentam maior sensibilidade na percepção de sinais e sintomas o que faz com que busquem assistência antecipadamente.¹⁹ Além do o sexo feminino estar relacionado a uma maior busca por serviços de saúde.²⁰

A principal limitação deste estudo encontra-se no tamanho da amostra, uma vez que o trabalho foi realizado em um único hospital da rede pública. A memória dos sujeitos participantes também pode ser um fator limitante, em especial quando datas foram questionadas.

É fundamental que se compreenda a subjetividade da busca pelo diagnóstico e tratamento, considerando a percepção sobre saúde, doença, suas relações, sobre o corpo e a gravidade dos sintomas para cada indivíduo tendo em vista que sofrem influências do meio e das experiências vivenciadas.

Ao conhecer o IT dos pacientes com diagnóstico de linfoma pode-se entender os caminhos percorridos pelos mesmos, em cada região do país. Esta avaliação possibilita, então, minimizar as dificuldades ao permitir que o indivíduo receba seu diagnóstico e o encaminhamento para tratamento da forma mais breve possível.

CONCLUSÃO

A média de tempo para obtenção do diagnóstico de linfoma foi longa, apesar de não haver estudos que indiquem o tempo ideal para melhor prognóstico, chances de cura e melhor sobrevida dos pacientes. Espera-se que esse seja o mais breve possível. A “peregrinação” entre diferentes profissionais e serviços de saúde reflete a baixa suspeita diagnóstica para a doença. A renda dos pacientes demonstrou-se como fator significativo na demora pela busca pelo primeiro atendimento. Finalmente, são necessários estudos com amostra maior a fim de identificar os motivos que inferem na demora do

diagnóstico de linfoma.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva; Ministério da Saúde. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 4. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2018. [citado em 2019 May 9] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-4-edicao.pdf>.
2. Hoffbrand AV, Moss PAH. Fundamentos em Hematologia. 6. ed. Artmed, 2013.
3. Machado M, Correia A, Falcão LM, Ravara LP. Linfoma de Hodgkin: conceitos actuais. *Ver Med Interna*. 2004; 11(4): 207-2015.
4. Monetiro TAF et al. Linfoma de Hodgkin: aspectos epidemiológicos e subtipos diagnosticados em um hospital de referência no Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amaz Saúde, Ananindeua*. 2016; 7(1): 27-31. [citado em 2019 May 9] Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217662232016000100003.
5. Marinho DF, Paiva SG, Santos GJVG. Linfoma de Hodgkin: relato de caso. *Revista Científica do ITPAC*. 2012; 5(2): pub. 4.
6. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva; Ministério da Saúde. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. [citado em 2014 Nov 22] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>.
7. Sociedade Brasileira de Cancerologia. Linfomas. [200-]. [citado em 2014 Dec 1] Disponível em: http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=120:linfomas&catid=29&Itemid=123.
8. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)*. 2006; 22(11): 2449-63.
9. Brustolin A, Ferretti F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. *Acta paulista de enfermagem*. 2017; 30(1): 47-59. [citado em 2019 May 9] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100047&lng=en&nrm=iso.
10. Kamakura W, Mazzon JA. Estratificação socioeconômica e consumo no Brasil. 1. ed. Edgard Blucher; 2013.
11. Publio GB, Silva KO, Viana GFS. Qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Revista Ciência e Desenvolvimento*. 2014; 7 (2): 244-57.
12. Saldanha CRM. Uso da rede de serviço de Juiz de Fora: a opinião

do usuário. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2008; 4(13): páginas.

13. Albuquerque FJB, Melo CF. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010; 26 (2): 323-30.

14. Campos JLG, Chagas JFS, Magna LA. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. 2007; 36 (2): 65-8.

15. Howell D, et al. Time-to-diagnosis and symptoms of myeloma, lymphomas and leukaemias: a report from the Haematological Malignancy Research Network. *Biomed Central*. 2013; 13 (9):9.

16. BRASIL. Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 2012. [citado em 2019 May 9] Disponível em: http://www.oncoguia.org.br/pub//10_advocacy/LEI_12732_12.pdf.

17. Paixão M, et al. Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009- 2010. Editora Garamond; 2011.

18. Silva ELV. Racismo institucional e suas repercussões ao acesso à saúde no Brasil. Congresso Internacional de política social e serviço social: desafios contemporâneos. Londrina; 2017.

19. Van Wijk G, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the theory contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine*, 1997; 45: 231-46.

20. Levorato CD, et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(4): 1263-1274.