

T610
E74m
1998

Patrícia Maria Fonseca Escalda

**MORTALIDADE E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE ATENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA E
GINECOLÓGICO, DISTRITO SANITÁRIO OESTE,
BELO HORIZONTE, (1995)**

Dissertação apresentada à Universidade Federal
de Minas Gerais, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Medicina
Veterinária

Área: Epidemiologia

Orientador:
Prof. Roberto do Nascimento Rodrigues
Faculdade de Ciências Econômicas

Belo Horizonte
UFMG - Escola de Veterinária
1998

U.F.M.G. - BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA



124199802 OK00

NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

OK/02
OK/03
OK/04
06

E 74 m

Escalda, Patrícia Maria Fonseca, 1956

Mortalidade e avaliação dos serviços de atenção ao câncer de mama e ginecológico, Distrito Sanitário Oeste, Belo Horizonte (1995) / Patrícia Maria Fonseca Escalda.
- Belo Horizonte: UFMG - Escola de Veterinária, 1998.

107f.: il.

Dissertação: (mestrado)

1. Mama - Câncer - Belo Horizonte (MG) - Teses.
2. Colo uterino - Câncer - Belo Horizonte (MG) - Teses.
3. Saúde pública - Belo Horizonte (MG) - Teses. I. Título.

CDD - 614

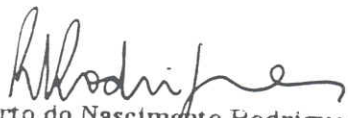
0230-51860

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

23/10/88

1241998-02

Tese defendida em 10 de agosto de 1998.
Comissão Examinadora constituída por:



Prof. Roberto do Nascimento Rodrigues
(Presidente)



Profa. Rosana Ferreira Sampaio



Profa. Moema Gonçalves Bueno Figoli



Profa. Celina Maria Modena



Prof. Elvio Carlos Moreira



À Mãe, quem ajuda dar sentido à minha vida

Aos meus pais, que sempre me ensinaram a lutar pelo que acredito

Agradecimentos

Professor Roberto Nascimento Rodrigues, por todos os ensinamentos e trabalho compartilhado durante toda a trajetória de elaboração deste estudo.

Professora Maria do Carmo Fonseca; por me encorajar em aventuras além mar, como também pelo companheirismo tão importante nos momentos difíceis.

Professora Moema Gonçalves Fígoli, pela cuidadosa leitura dos resultados estatísticos.

Ao IBGE, através do Departamento de Indicadores Sociais (DEPIS), sediado no Rio de Janeiro, e da Sucursal de Belo Horizonte, pelo fornecimento, em primeira mão, dos dados populacionais necessários à realização desta dissertação.

Professora Celina Maria Modena, por me apontar caminhos ora desconhecidos.

Professor Vitor Moreno e equipe do Instituto Catalão de Oncologia, pela oportunidade de conhecer outros mundos, como também pela contribuição no tratamento dos dados.

Professor Élvio Carlos Moreira, por me encorajar a novos desafios.

A todos os profissionais de saúde que participaram das entrevistas, pela coragem de não se intimidarem pelo desafio cotidiano em lidar com a dor alheia.

Aos profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde pela contribuição oportuna, especialmente Fátima Magalhães e Edson Recidive.

A todos os companheiros e companheiras de trabalho do Distrito Sanitário Oeste, pela luta diária, em acreditar na construção de um sistema de saúde que seja capaz de garantir universalidade de acesso.

Às companheiras e companheiros da Epidemiologia, pela paciência e contribuição, especialmente Rita e Carminha.

À Célia, bibliotecária do Cedeplar, pela importante ajuda nas correções da bibliografia.

Alberto, Rose, Márcia e Marisa, pela oportunidade de descobrir o quanto são importantes para mim.

Irani e Suzani, pela paciência em aturar uma mestranda e garantir a infra-estrutura funcionando.

SUMÁRIO

RESUMO.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	19
2. LITEERATURA CONSULTADA	21
2.1 PADRÃO DEMOGRÁFICO E ESTRUTURA DA MORTALIDADE POR CAUSAS ...	21
2.2 AS BASES PARA A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NO BRASIL	25
2.3 O PROCESSO DE DISTRITALIZAÇÃO EM BELO HORIZONTE.....	27
3. MATERIAL E MÉTODOS	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	31
3.1.1 <i>O município de Belo Horizonte</i>	31
3.1.2 <i>O Distrito Sanitário Oeste (DISAO)</i>	36
3.2 FONTES DE INFORMAÇÃO	38
3.3 INDICADORES DE MORTALIDADE PARA BELO HORIZONTE.....	39
3.4 INDICADORES DE MORTALIDADE PARA O DISAO	40
3.5 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE NO DISAO	42
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 MORTALIDADE FEMININA POR CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO EM BELO HORIZONTE E DISAO	45
4.2 PANORAMA GERAL DA MORTALIDADE FEMININA POR CÂNCER EM BELO HORIZONTE	46
4.3 MORTALIDADE FEMININA POR CÂNCER DE MAMA E GINECOLÓGICO EM BELO HORIZONTE	49
4.4 MORTALIDADE POR CÂNCER NO DISTRITO SANITÁRIO OESTE.....	56
4.5 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER FEMININO DE MAMA E GINECOLÓGICO NO DISAO.....	59
4.5.1 <i>Organização dos serviços de prevenção e controle do câncer de mama e ginecológico em Belo Horizonte</i>	60
4.5.2 <i>Organização dos serviços de prevenção e controle do câncer de mama e ginecológico no DISAO</i>	63
4.6 A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO DISAO.....	64
4.7 A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO NO DISAO	65
4.8 CONSIDERAÇÕES	68
5. CONCLUSÕES.....	71
6. SUMMARY.....	73
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1 Distribuição da população do município de Belo Horizonte segundo Administrações Regionais e sexo, 1991 _____	32
Tabela 3.2 Distribuição da população favelada do município de Belo Horizonte, segundo Administrações Regionais, 1994. _____	33
Tabela 3.3. Percentual de domicílios do município de Belo Horizonte com serviços de água, esgoto e lixo, segundo Administrações Regionais, 1990. ____	34
Tabela 3.4 Tipo dos serviços hospitalares do SUS-BH, 1996. _____	35
Tabela 3.5 Unidades ambulatoriais próprias e municipalizadas, da SMSA/BH, por Distrito Sanitário e tipo de estabelecimento, 1995. _____	36
Tabela 4.1 Razões de coeficientes de mortalidade feminina por câncer, segundo idade, Belo Horizonte - 1981-1995. _____	47
Tabela 4.2 Taxas de mortalidade feminina por câncer, específicas e ajustadas pela população mundial, Belo Horizonte, 1981-1995 _____	48
Tabela 4.3 Razões de mortalidade feminina por câncer (SMR), padronizadas, segundo áreas de abrangência dos Centros de Saúde, DISAO, 1995 _____	58
Tabela 4.4 Periodicidade adotada para seguimento das mulheres atendidas nos Centros de Saúde do DISAO, de acordo com o resultado do exame citopatológico, 1997 _____	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 Mortalidade feminina por câncer, ajustada pela média móvel, Belo Horizonte, 1981-1995 _____	46
Gráfico 4.2 Taxa de mortalidade feminina por câncer de mama, ajustada pela média móvel, Belo Horizonte, 1981-1995 _____	50
Gráfico 4.3 Taxa de mortalidade por câncer de mama, por faixa etária, Belo Horizonte, 1981-83 a 1993-95 _____	50
Gráfico 4.4 Taxa de mortalidade feminina por câncer de mama, ajustada pela média móvel por faixa etária, Belo Horizonte, 1981-1995 _____	52
Gráfico 4.5 Mortalidade feminina por câncer cérvico uterino, Belo Horizonte, 1981-1995 _____	53
Gráfico 4.6 Taxa de mortalidade feminina por câncer cérvico uterino ajustada pela média móvel, segundo faixa etária, Belo Horizonte, 1981-1995 _____	54
Gráfico 4.7 Taxa de mortalidade por câncer de útero, Belo Horizonte, 1981-1995 _____	55
Gráfico 4.8 Taxa de mortalidade por câncer de útero, por faixa etária, Belo Horizonte, 1981-1995 _____	55
Gráfico 4.9 Distribuição dos óbitos femininos, segundo o grupo de causa, DISAO - 1995 _____	56
Gráfico 4.10 Distribuição dos óbitos femininos por câncer, segundo faixa etária, DISAO - 1995 _____	57

ANEXOS

Anexo 1 Divisão de Belo Horizonte em Administrações Regionais _____	83
Anexo 2 Distrito Sanitário Oeste - PBH _____	85
Anexo 3 Questionário _____	87

RESUMO

O trabalho teve como objetivo estudar a mortalidade feminina por câncer de mama e ginecológico no Distrito Sanitário Oeste - DISAO (1995) e, secundariamente, no município de Belo Horizonte (1981-1995), à luz da organização, disponibilidade e acesso aos serviços de saúde que promovem a prevenção e controle dessas doenças.

Contou-se com duas fontes principais de informação. A primeira foram dados oriundos das estatísticas do Registro Civil do município de Belo Horizonte e do DISAO, relativos aos óbitos femininos por câncer de mama e ginecológico. Para cálculo de estimativas com base populacional, contou-se com dados básicos provenientes dos Censos Demográficos de 1980 e 1991 e da Contagem Populacional de 1996, fornecidos pelo IBGE. A segunda foi constituída de dados primários, coletados a partir da aplicação de questionários específicos elaborados especialmente para este trabalho, junto aos profissionais responsáveis pelas clínicas ginecológicas nos Centros de Saúde do DISAO

Para avaliação das ações de prevenção e controle do câncer de mama e cérvico-uterino foi utilizada metodologia qualitativa, através de entrevistas com os profissionais médicos (ginecologistas) e gerentes dos serviços básicos de saúde do DISAO.

Entre as mortes femininas por câncer, no DISAO, o câncer de mama representou a segunda principal causa de morte e o câncer de útero que ocupou a quinta posição.

Para Belo Horizonte os resultados encontrados demonstram que a taxa de mortalidade por câncer de mama no período de 1981-1995 aumentou de 20/100000 para 23/100000. Para o mesmo período, o câncer cérvico-uterino teve um ligeiro aumento, passando de 7/100000 para 8/100000.

Os resultados aqui encontrados podem contribuir para a (re)organização do planejamento das ações de prevenção e controle do câncer de mama e ginecológico, disponibilizadas em todos os serviços de saúde do município de Belo Horizonte.

A expansão dos serviços básicos de prevenção dos principais tipos de câncer reprodutivo feminino, através da incorporação de tecnologias e do exame clínico sistemático e processo educativo, são medidas simples capazes permitir maior sobrevivência às mulheres.

1. INTRODUÇÃO

O câncer constitui, hoje, problema importante de saúde pública, tanto para países desenvolvidos como para aqueles em desenvolvimento. Embora seja conhecida desde a antiguidade em várias sociedades, esta doença vem assumindo uma dimensão qualitativamente distinta na atualidade.

Alguns aspectos importantes, como o processo de industrialização ocorrido nos mais diferentes momentos históricos, trouxeram para a população transformações determinantes no modo de vida, tais como urbanização, seguida pela metropolização, encurtamento das distâncias pela velocidade de transportes e de comunicação, e maior exposição aos riscos ambientais. Estas mudanças impõem, de modo decisivo, novo ritmo e novas condições à dinâmica populacional, com impacto na configuração epidemiológica, contribuindo de forma importante para as alterações nos padrões de morbi-mortalidade, destacando-se o desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas e em particular o câncer.

A mortalidade por câncer de mama e ginecológico na população do Distrito Sanitário Oeste (DISAO) do município de Belo Horizonte constitui o tema central desta dissertação.

Os caminhos percorridos para realização deste estudo foram muitos e tortuosos. Inicialmente, havia a preocupação em estar se construindo um banco de dados de mortalidade descentralizado, que fosse fiel à realidade.

O passo seguinte, considerando sempre a epidemiologia como um instrumental importante para a análise da realidade social, foi garantir na instituição o espaço para torná-la base do planejamento local.

A partir daí, tendo em vista o fato de que a mortalidade feminina por câncer de mama e colo de útero pode, muitas vezes, ser evitada, considerando a possibilidade de acesso oportuno aos serviços básicos de saúde, a análise da sua incidência, e estrutura dos serviços de saúde específicos disponíveis, assume importância fundamental para o (re)direcionamento de políticas de saúde pública direcionadas à sua prevenção. Se a isso acrescenta-se a introdução no País de um sistema único de saúde descentralizado, é também fundamental que a análise e propostas sejam igualmente desagregadas, de forma a contemplar especificidades capazes de nortear políticas e ações diferenciadas e mais eficazes.

Os limites impostos pela prática cotidiana dos serviços, sempre atropelada por questões prementes, dificultam reflexões que possam contribuir para o avanço das questões prioritárias na saúde. A construção do conhecimento, fundamentada nos métodos científicos tem lugar marcado na academia, que sem dúvida tem trazido contribuições importantes que apontam para a reorientação e reorganização da prática.

Portanto, aprofundar a investigação da mortalidade por estas causas de morte no Distrito Sanitário Oeste motivaram esta dissertação, dada a possibilidade de levantamento de questões que possam trazer para a realidade dos serviços, subsídios para a elaboração de políticas no âmbito das ações preventivas que contribuam para a redução das mortes por causas evitáveis.

Além disso, o planejamento, na perspectiva de microlocalização de danos, possibilita desnudar os diferenciais de risco de adoecer e morrer por câncer de mama e ginecológico no DISAO, relacionando-os à magnitude deste problema em Belo Horizonte. Tal conhecimento favorece a determinação de investimento para a prevenção e controle e, conseqüentemente, melhor utilização dos recursos existentes para diminuir o número de óbitos por estas causas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população feminina.

Assim, o objetivo desta dissertação é analisar a mortalidade feminina por câncer de mama e ginecológico no município de Belo Horizonte e no Distrito Sanitário Oeste, à luz da organização, disponibilidade e acesso aos serviços de saúde que promovem a prevenção e controle dessas doenças.

2. LITERATURA CONSULTADA

2.1 Padrão demográfico e estrutura da mortalidade por causas

As mudanças na composição da população resultantes do comportamento da mortalidade e fecundidade, com o conseqüente envelhecimento populacional e deslocamento do evento morte para as idades mais tardias, contribuem para o delineamento do padrão de morbi-mortalidade.

Se nos países desenvolvidos as modificações na estrutura populacional ocorreram de forma gradual por um período de quase dois séculos, correspondendo aos avanços decorrentes de profundas transformações políticas, sociais e econômicas (MARTINI, 1993), na América Latina e no Brasil estas mudanças aconteceram a velocidades nunca antes registradas.

Entre 1960 e 1990, o crescimento populacional na América Latina equívaleu a um ritmo anual de 2,5% (NAÇÕES UNIDAS, 1989), enquanto no quinquênio 1990-1995 a taxa de crescimento populacional foi de 1,8% (AGUIRRE, 1996). No Brasil, esta taxa, que era de 3% nos anos 50, caiu para 2,5% nos anos 70 e para 1,9% nos anos 80, tendendo a um patamar não muito distante daquele observado em vários países desenvolvidos.

No município de Belo Horizonte, o crescimento populacional verificado na década de 60 (6,1%) deveu-se em parte ao saldo migratório, concentrando-se nas idades jovens. Na década posterior a taxa de crescimento ficou em torno de 3,7%, apontando para um relativo esgotamento da capacidade de absorção de migrantes. Já no período 1980-1991, o crescimento ficou ainda menor, em torno de 1,2% (MACHADO e RIGOTTI, 1996), sugerindo, segundo MARTINE (1992), "que a curva da megalopolização teria passado seu apogeu, tendo sido iniciado um novo padrão de urbanização, mais equilibrado".

A desaceleração do crescimento populacional, no caso do Brasil, deve-se principalmente às bruscas quedas nas taxas de fecundidade. A partir da década de 60, observa-se tendência decrescente nos níveis de fecundidade, contribuindo para isto a incorporação de novos valores culturais e adoção de medidas técnicas, como o uso cada vez maior de anticoncepcionais – pílulas, diafragma, dispositivo intra-uterino (DIU) –, além das cirurgias de esterilização feminina, que constituem também importante método anticoncepcional (PAULA, 1991).

Do ponto de vista estrutural, segundo CARVALHO et al. (1981), as mudanças nas relações sociais de produção implicaram no processo de

proletarização e desestímulo às famílias numerosas, já que os bens de consumo para o sustento tinham todos que ser adquiridos no mercado. Desta forma, aumentaram os custos de subsistência, e a redução da fecundidade indica que "a população se ajusta ao padrão de vida bem como às condições históricas determinadas pelo processo de proletarização".

As alterações no padrão demográfico refletem-se na estrutura etária, através de um processo de envelhecimento populacional, com um aumento cada vez maior da proporção de idosos, e no caso brasileiro, segundo RODRIGUES (1992), não se conseguiu ainda solucionar de forma satisfatória os problemas da infância e, paralelamente, já é preciso estabelecer políticas sociais para garantir a qualidade de vida do idoso.

Estimativas do IBGE e do Centro Latino-Americano de Demografia (CELADE), estabelecem que o Brasil deverá chegar ao ano 2000 com cerca de 14 milhões de pessoas acima de 60 anos, contingente que em 2025 será de 33 milhões, a sexta maior população idosa do mundo. Segundo VERAS (1994), dentro de 75 anos a população idosa do Brasil terá aumentado quinze vezes, ao passo que a população mundial será apenas cinco vezes maior.

No que se refere à mortalidade, nas últimas décadas observa-se um declínio importante, que, neste caso, é consequência mais da introdução de técnicas médicas, capazes de agir eficientemente sobre determinadas causas importantes de mortes, do que de alterações nas condições de vida. De qualquer forma, a multiplicação das atividades produtivas e aumento do consumo, propiciados pelo processo de industrialização, assim como o aumento na disponibilidade de serviços como água, esgoto, educação e saúde têm jogado papel importante na redução da mortalidade e conseqüente elevação na esperança de vida.

Uma questão importante é que a efetividade das medidas técnicas demonstra diferentes intensidades, de acordo com o grupo populacional específico, o que pode ser atribuído às desigualdades de acesso, utilização e qualidade da assistência médica (BARRETO et al., 1993).

No período de 1985-1990, a expectativa de vida ao nascer observada na América Latina foi de 66 anos para os homens e 68 anos para as mulheres e, no Brasil, de 64 anos para os homens e 69 anos para as mulheres (CELADE, 1993).

Estudos sobre a expectativa de vida no município de Belo Horizonte revelam que, entre 1970-1980, este indicador representava para os homens e mulheres 62,5 e 66,3 anos respectivamente, e na década seguinte estes números passaram para 62,7 anos para os homens e 71,9 anos para as mulheres, traduzindo um aumento de 5,6 anos na

expectativa de vida feminina para o período, enquanto para os homens a diferença foi de 0,3 ano (MACHADO e RIGOTTI,1996) .

De um ponto de vista mais otimista, a tendência ao envelhecimento deve ser considerada uma conquista, se o avanço tecnológico e mudanças estruturais na sociedade permitirem antever uma sociedade que garanta aos cidadãos uma vida de qualidade.

As modificações na estrutura demográfica servem de pano de fundo para o estudo dos problemas de saúde da população. Estes devem ser aprofundados pela epidemiologia, na busca incessante de transformação da realidade social e desvelando as contradições decorrentes das condições da formação social, lembrando sempre que "o homem é a medida de todas as coisas" (BARATA e BARRETO,1996).

Para compreender as transformações ocorridas no processo saúde-doença na atual estrutura demográfica, "considerando que a história do homem é, em parte, o registro de seu sofrimento e dor" (SILVA,1982), é necessário acompanhar as tendências do padrão de morbi-mortalidade para que, de fato, as intervenções contribuam para a melhoria do nível de saúde da população.

Na ausência de indicadores fidedignos e adequados de morbidade, no presente estudo lançaremos mão apenas de informações sobre mortalidade. Isto não implica em deixar de lado o contexto panorâmico social, que explica as diversas e diferentes formas de morrer, visto que o produto do progresso da produção não foi distribuído de maneira equânime, o que se reflete nos padrões de saúde da população.

Se o nível de mortalidade é um indicador usado para a discussão da análise da situação de saúde de uma população, também a sua composição por causas, considerando a estrutura populacional, pode apontar aspectos relevantes para a saúde pública.

As modificações mais marcantes na análise recente da tendência das taxas de mortalidade por causas referem-se à queda das doenças infecciosas e parasitárias, dando lugar às crônico-degenerativas. Conforme demonstra DUCHIADE (1995) em um espaço de 50 anos as infecciosas reduziram sua importância enquanto as crônico-degenerativas só aumentaram.

CARMONA (1969), estudou a estrutura da mortalidade por causa em função da esperança de vida ao nascer, e observou que quanto menor a expectativa de vida, maior será a mortalidade proporcional por doenças infecciosas e menor a proporção das doenças do aparelho circulatório e neoplasias. As neoplasias são responsáveis por quase um quinto das mortes a partir da expectativa de vida de 55 a 73 anos. Portanto, a idade

constitui um determinante isolado importante na mortalidade por câncer (ARMSTRONG,1981).

Analisando as taxas de mortalidade no Brasil, para os principais grupos de causa, em 1990, observa-se que as doenças cardiovasculares apresentaram uma taxa de 160,1 óbitos por 100 mil habitantes, seguidas por causas externas (70,1) e neoplasias (57,3). ROBBINS (1974) revela que este último grupo vem aumentando a sua participação na composição da mortalidade. O rápido aumento do peso da mortalidade por câncer na mortalidade geral não se deve necessariamente ao aumento da incidência da doença, mas reflete também um declínio da mortalidade por doenças controláveis. No caso da mortalidade por câncer o maior incremento deve-se ao câncer de pulmão e mama (BARRETO e CARMO,1994), cabendo ressaltar que as informações sobre os óbitos por câncer são consideradas de boa confiabilidade se comparadas àquelas relativas a outras causas de morte (PERCY e MUIR,1989).

Também em alguns países desenvolvidos o câncer ocupa posição importante como causa de morte. Na Escócia é a segunda causa de morte para ambos os sexos. Os Estados Unidos experimentaram um acréscimo na mortalidade por câncer em um intervalo recente de sete anos e o comportamento não foi uniforme para as diversas localizações anatômicas: cólon, pulmão, mama, útero e próstata tiveram um maior incremento (SILVA,1982).

Estudo realizado por AZEVEDO e MENDONÇA (1993), sobre câncer na população feminina brasileira revela que, em relação à localização anatômica, o câncer de mama foi a principal neoplasia que levou à morte, sendo que no período de 1980-1985 o seu crescimento foi de 11,22%, seguida pelo câncer de estômago e pelo câncer de colo de útero. É de se ressaltar que tanto o câncer de mama como o de colo de útero seriam mais prevenidos através da existência de programas específicos de abrangência pública (PASTORELLO,1991).

Também analisando as localizações anatômicas de óbitos por neoplasmas malignos, SOUZA (1991) constatou que, nas mulheres paulistas, em 1978, o câncer de mama já ocupava a primeira posição (17,23%), e o câncer de útero o quarto lugar (6,21%), sendo que no período de 1970-1992 a mortalidade por câncer de mama apresentou tendência crescente, com uma variação percentual de 35%.

Considerando que o câncer de mama e de colo de útero tem um peso importante nas mortes femininas por estas causas, a experiência internacional demonstra que as atividades de controle, conduzidas de forma adequada, seriam capazes de reduzir a ocorrência de câncer de colo de útero em mais de 60% e a mortalidade por câncer de mama entre as mulheres de 50-69 anos, em 40% (OMS,1992).

Portanto, estudos epidemiológicos que analisem a ocorrência do câncer de ordem hormonal e reprodutiva em nossa sociedade são prioritários, permitindo demarcar, de modo objetivo, estratégias para diminuir as taxas por estas doenças (KOIFMAN,1995). Isto contribuiria para uma vida longa e saudável, possibilitando uma inversão dos gastos públicos que hoje se estabelecem, na sua maior parte, na atenção secundária ou terciária à saúde.

Um primeiro passo nessa direção constitui-se, certamente, na identificação da magnitude do problema nas diferentes regiões, estados e municípios brasileiros, uma vez que as desigualdades sócio-econômicas também implicam em desigualdades nas condições de saúde da população. Conseqüentemente, torna-se imperativa a adoção de medidas espacialmente diferenciadas.

Para isto, a identificação de níveis e distribuição da mortalidade por câncer de mama e ginecológico deve ser analisada tendo-se em vista a estrutura organizacional e acesso aos serviços de saúde específicos oferecidos à população.

2.2 As bases para a descentralização das ações de saúde no Brasil

O processo de discussão da crise do sistema de saúde se faz presente desde décadas passadas, quando o modelo de assistência médica vigente, baseado no fortalecimento dos serviços privados e sucateamento dos serviços públicos, começa a perder legitimidade. Além disso, a característica marcadamente centralizadora em relação às tomadas de decisão facilitou a corrupção em todos os níveis, comprometendo assim o investimento necessário neste setor.

É no bojo da crise do setor saúde que em nível nacional se inicia o movimento da reforma sanitária. Esse movimento tinha como perspectiva a reorganização do sistema nacional de saúde, na busca de conquistas democráticas para todos os cidadãos e na defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado. Para isso, houve uma mobilização tanto de trabalhadores da saúde, usuários, prestadores, assim como a participação da universidade.

O espaço para aprofundamento das idéias, que de fato levasse à construção de um modelo para o sistema de saúde, se deu em 1986 com a convocação, pelos níveis diretivos do governo, para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília.

A base do modelo era a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde, com comando único em cada esfera de governo (SUS). Além disso, os serviços de saúde seriam constituídos em uma rede regionalizada, hierarquizada e

descentralizada, em que o controle social fosse exercido a partir dos conselhos de saúde em cada nível de governo.

Este foi um passo importante para consolidação das bases para o processo de descentralização das ações e serviços de saúde a partir dos municípios. As conquistas democráticas no setor saúde passaram a ser seladas com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado.

A partir daí, a reestruturação do modelo da assistência à saúde para a consolidação do SUS passa então pelo princípio constitucional que estabelece a descentralização das ações e serviços de saúde, resguardando uma relação transformada entre poder público e a sociedade. O município passa então a se responsabilizar pela saúde integral de seus cidadãos, sendo necessário para isso a redefinição das atribuições em todos os níveis de governo. Com o poder público municipal fortalecido, constituiu-se assim o processo de municipalização das ações e serviços de saúde.

Segundo SANTOS, citado por GOULART (1996) "...A questão da municipalização não surgiu de uma visão filosófica, doutrinária ou técnica, provinda da União e dos Estados, houve um verdadeiro movimento municipal de saúde, no sentido de as prefeituras assumirem cada vez mais compromissos com a resolutividade, levando à população a extensão de cobertura, não mais meramente preventivista e contemporizadora..."

Se por um lado os avanços na forma da lei para a garantia constitucional da saúde como direito de todo cidadão de forma universal, equânime e integral já estavam dados, a operacionalização para "recheiar" o discurso estava por ser construída.

A descentralização das ações e serviços de saúde aponta para o município não só a transferência de poder nas tomadas de decisões como também mudanças no modelo de assistência hegemônico (MENDES, 1991), responsabilizando o município pela saúde dos cidadãos.

Essa aproximação cada vez maior da possibilidade da tomada de decisão com o "locus" de onde os problemas de saúde acontecem, traz para as equipes de saúde a necessidade "de mudanças das práticas sanitárias" (MENDES, 1992). É necessário transformar a relação entre os serviços de saúde e a população, na busca de soluções mais acertadas para os problemas reconhecidos. Essa prática coloca para as equipes o desenvolvimento do "trabalho sanitário, cujos agentes são médicos, sanitaristas e demais profissionais de saúde pública, cujo produto é a promoção e proteção à saúde" (SCHRAIBER, 1993 citado por CARNEIRO, 1995).

Os distritos sanitários passam a ser a base para o SUS, com estabelecimento de responsabilidade de uma autoridade sanitária, sobre uma base territorial/populacional. Para a identificação das necessidades de saúde da população, a epidemiologia é utilizada como auxílio para se alcançar maior eficácia e grau de equidade no desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

A organização dos serviços, constituída a partir da priorização de problemas de saúde identificados, possibilita a organização da demanda. Para isso é preciso estimular a participação da população nos fóruns legais (conselhos de saúde), para que seja viabilizado o melhor planejamento local de saúde, "considerando as variáveis geográficas, demográficas e sociais", (UNGLERT, 1987), definindo estratégias que possibilitem dimensionar o impacto do sistema sobre os níveis de saúde, e estabelecendo o espaço de cidadania, com consolidação da própria consciência.

Se as condições de vida da população são desiguais, os problemas de saúde também se comportam da mesma forma, considerando que a saúde é produto das condições de vida. Assim, a orientação da organização dos serviços de saúde a partir de problemas leva à discriminação positiva (perceber as diferenças), no sentido de deslocar esforços para as áreas identificadas como aquelas que representam maior risco para adoecer e morrer. Trabalhar nessa lógica exige cada vez mais o conhecimento aprofundado do território, constituindo um passo básico para a caracterização da população e seus problemas de saúde.

O detalhamento do território deve ser aprofundado nos diversos níveis, passando pelo município, distrito, área de abrangência, área homogênea e moradia, com adscrição de clientela às unidades básicas (UNGLERT, 1994). Portanto, a construção de um sistema de saúde universal e equânime, "significa o reconhecimento das desigualdades existentes e atuação específica nos problemas detectados" (UNGLERT, 1994) nas distintas realidades. O processo de territorialização, com aprofundamento cada vez maior do conhecimento destas realidades torna possível orientar o desenvolvimento das ações tanto de vigilância à saúde como de atendimento à demanda.

2.3 O Processo de distritalização em Belo Horizonte

A reestruturação do modelo da assistência à saúde para a consolidação do SUS passa pelo princípio constitucional que estabelece a descentralização das ações e serviços de saúde, resguardando uma relação transformada entre poder público e a sociedade e responsabilizando o município pela saúde dos seus cidadãos em todos os níveis de atenção. A presença do município na saúde possibilitou a

concretização de mudanças no setor, com impacto nas condições de atendimento, alicerçando o que até então estava apenas na lei.

Assim, os sistemas locais de saúde aparecem como um "recurso tático de transformação e redirecionamento das políticas de saúde, na busca de mecanismos de solidariedade que possam facilitar a superação das desigualdades, pelo menos no nível de consumo de bens e serviços. (BARATA, 1990, citado por BARATA e BARRETO, 1996).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH), no seu processo de descentralização do setor saúde, optou por estruturá-lo a partir da construção dos distritos sanitários oriundos da divisão geográfico-administrativa das administrações regionais, visando facilitar as ações intersetoriais e solucionar os problemas da saúde da população. Fazer essa opção, constituiu-se "uma construção artesanal e árdua, principalmente quando vem acompanhada da complexificação do papel institucional com a municipalização das ações e serviços de saúde, tradicionalmente sob a gestão dos Estados e da União" (CARNEIRO, 1995), com uma forte marca de centralização na tomada de decisões no âmbito do setor saúde .

O processo de construção dos distritos sanitários é contínuo, uma vez que a dinâmica populacional é persistente e presente, carregando consigo a história de cada lugar e das pessoas que se comprometeram com esta causa. Não existem modelos teóricos que se ajustem à esta construção. É necessário que cada distrito sanitário consiga estabelecer o seu próprio caminho, não deixando para trás a idéia do todo, mesmo sabendo que apenas representa parte, e que a finalidade maior desta construção é contribuir para a defesa da vida, tornando-se responsável pela atenção à saúde.

Em Belo Horizonte, apesar do grande esforço dos técnicos que compõem as equipes distritais, o processo de distritalização não foi igual em todos eles. Uns conseguiram caminhar mais depressa do que outros, acumulando experiências que contribuíram para avançar e reorganizar os serviços de saúde, na lógica territorial/populacional. Assim, foi possível sistematizar as informações de saúde necessárias à priorização dos problemas e também ao estabelecimento das áreas de responsabilidade dos centros de saúde, numa perspectiva de vigilância à saúde.

Este processo significou, para os Centros de Saúde, a possibilidade de tornar conhecida a realidade da população da sua área de abrangência. Foram desnudadas as características sócio-econômicas, demográficas, perfil de mortalidade, identificação das áreas de risco para adoecer e morrer, condições ambientais, identificação das barreiras geográficas, fluxo viário, conhecimento dos equipamentos sociais e das organizações comunitárias, entre outras. Tornaram-se então visíveis "as inter-relações

e relações dos grupos sociais e o espaço habitado, construindo novas formas e necessidades de saúde, que não necessariamente se traduzem no elenco de ofertas que estão colocadas à disposição da população pelos serviços de saúde" (CARNEIRO, 1995).

A delimitação do território, compondo as áreas de abrangência dos serviços de saúde, com estabelecimento de responsabilidade e o conhecimento profundo de cada pedaço que o compõe, foi um passo importante para a reorganização das ações e serviços. Esse processo de construção permitiu transformar o que antes era apenas paisagem em realidade, e o passo seguinte é que se consiga de fato realizar, a partir deste conhecimento acumulado, o planejamento local, buscando parcerias no estabelecimento da intersetorialidade, com autonomia.

O município de Belo Horizonte conta hoje com nove Distritos Sanitários (Anexo 1), sendo o Distrito Sanitário Oeste (DISAO) onde o processo de distritalização se iniciou de forma mais sistematizada, partindo de uma base territorial detalhada, com estabelecimento da área de responsabilidade ou abrangência, a partir do estudo de acesso, barreiras geográficas, malha viária e pesquisa junto à população.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Caracterização da área de estudo

Este item apresenta, sucintamente, algumas características do município de Belo Horizonte, e mais especificamente da Distrito Sanitário Oeste. Em função dos objetivos precípuos da dissertação, a ênfase dessa caracterização recai sobre a constituição, organização e administração do sistema de saúde nos âmbitos municipal e distrital, de forma a contribuir para uma melhor compreensão das análises empreendidas nos capítulos subsequentes.

A análise de algumas das principais características sócio-demográficas e de saúde do município de Belo Horizonte é seguida pelo estabelecimento de alguns pontos fundamentais do processo de distritalização do município e, depois, pela apresentação de traços característicos do Distrito Sanitário Oeste, que é o universo de estudo específico desta dissertação.

3.1.1 O município de Belo Horizonte

Belo Horizonte, cidade que completa 100 anos de existência, nasceu de um planejamento arrojado, para abrigar a capital do Estado. Com a ideologia da ordem e progresso expressa na linearidade do seu traçado urbano, a cidade não permitia a possibilidade do acaso, tudo havia sido planejado e previsto.

A sua implantação foi prevista a partir do centro para a periferia, do urbano para o suburbano, mas foi a população trabalhadora, excluída, morando nas áreas periféricas, que determinou o crescimento da cidade em sentido contrário, da periferia para o centro, assim como também aconteceu em outras cidades planejadas, como Brasília (MONTE-MÓR, 1994).

Se Belo Horizonte é apontada como uma cidade pré-moderna, as suas habilidades estão sendo desenvolvidas no sentido de capacitá-la para o bom desempenho das funções urbanas, tanto assim que o grande investimento na atualidade é na prestação de serviços, podendo contar com um mercado de cerca de 6 milhões de consumidores, da cidade e seus arredores, com aumento crescente de agências bancárias (de 245 em 1990, para 309 em 1997) e construção de shoppings (contando hoje com 6 grandes shoppings), que se configuram como "ilhas de consumo num mar de moradias" (Belo Horizonte, 1995).

Embora tenha sido considerada a metrópole de melhor qualidade de vida da América Latina em 1991, pelo Population Crisis Committee, e

segunda melhor cidade para se viver no Brasil, pela revista EXAME em Dezembro de 1996, esta ainda é a realidade para apenas uma pequena parcela da população e não para a sua totalidade.

Na verdade, não há homogeneidade na distribuição dos bens e serviços disponíveis nos 335 km² de extensão do município, assim como também não é homogênea a distribuição da população segundo status sócio-econômico. Em 1991, Belo Horizonte contava com uma população de 2.020.161 habitantes. Essa população, que tinha uma esperança de vida ao nascer de 71,3 anos e um número médio de estudo de 7,18 anos (SANTOS, 1997), achava-se desigualmente distribuída entre suas nove Regionais Administrativas¹.

A Administração Regional Noroeste é aquela que apresenta o maior percentual populacional do município (17%), contrastando com a Administração Regional Pampulha, que conta com apenas 5% da população (Tabela 3.1). Em relação à distribuição da população por sexo, a feminina representa 52,7% e a masculina 47,3% do total. A razão de sexo para o município foi de 0,90, ou seja, em Belo Horizonte o contingente populacional feminino supera em cerca de 10% o contingente masculino.

Tabela 3-1 Distribuição da população do município de Belo Horizonte segundo Administrações Regionais e sexo, 1991

Administração Regional	Pop. Masculina		Pop. Feminina		Pop. Total	
	Nº abs.	%	Nº abs.	%	Nº abs.	%
Barreiro	108.966	11,40	112.105	10,50	221.071	10,90
Centro Sul	110.540	11,60	139.619	13,10	250.159	12,40
Leste	117.007	12,20	134.348	12,60	251.355	12,40
Nordeste	118.733	12,40	130.960	12,30	249.693	12,40
Noroeste	160.079	16,70	179.150	16,80	339.229	16,80
Norte	74.976	7,80	79.052	7,40	154.028	7,60
Oeste	117.693	12,30	131.657	12,40	249.350	12,30
Pampulha	51.367	5,40	55.116	5,20	106.483	5,30
Venda Nova	96.812	10,10	101.981	9,60	198.793	9,80
TOTAL	956.173	100,00	1.063.988	100,00	2.020.161	100,00

Fonte: IBGE - Censo demográfico de 1991.

Na década de 80, o município apresentou um acelerado adensamento populacional, com a verticalização das áreas centrais e processo de favelização das áreas menos valorizadas, próximas ao centro. Nesta

¹ O processo de descentralização administrativa teve início em 1987, com a criação das Administrações Regionais do Barreiro e Venda Nova.

década, de cada 4 habitantes da capital, um morava em favela, sendo que entre 1981 e 1985 a população favelada aumentou em 100% (CARNEIRO, 1995).

No município de Belo Horizonte existem 139 favelas (ocupação de áreas de propriedade de terceiros, públicas ou privadas, onde são construídas edificações precárias) e vinte e um conjuntos habitacionais (implantados pelo poder público municipal e estadual, com características de favelas, por não serem regularizados, tanto do ponto de vista urbanísticos como do domínio do imóvel, e por não possuírem, na sua maioria, saneamento básico) (BELO HORIZONTE, 1995). A distribuição da população favelada e moradora de conjuntos habitacionais, por Administração Regional, pode ser observada na Tabela 3.2. A Administração Regional Oeste é aquela que apresenta maior percentual de população favelada do município, seguida pela Centro-Sul, Leste e Norte.

Tabela 3-2 Distribuição da população favelada do município de Belo Horizonte, segundo Administrações Regionais, 1994.

Administração Regional	População		% Pop. favela e conj. habit. em relação à pop. regional
	Favelas	Conjuntos Habitacionais	
Barreiro	21400	22210	19,7
Centro Sul	71715	500	28,9
Leste	43780	18795	24,9
Nordeste	36280	4100	16,2
Noroeste	44765	1195	13,5
Norte	10780	27175	24,6
Oeste	83260	-	33,4
Pampulha	4400	2885	6,8
Venda Nova	20480	2250	11,4
TOTAL	336860	79110	20,6

Fonte: Companhia de Urbanização de Belo Horizonte (Urbel) in Plano Diretor/BH-1995.

O processo de ocupação desordenada da capital, com estabelecimento de políticas sociais que não privilegiam as populações periféricas e de baixa renda, é demonstrado a partir de uma distribuição desigual dos equipamentos sociais. A infra estrutura urbana está concentrada, na sua maioria, na área central da cidade. Em relação às condições de saneamento, a distribuição destes serviços, de acordo com cada Administração Regional, não é igual, como pode ser observado através da Tabela 3.3.

Tabela 3-3. Percentual de domicílios do município de Belo Horizonte com serviços de água, esgoto e lixo, segundo Administrações Regionais, 1990.

Administração Regional	% Água	% Esgoto	% Lixo
Barreiro	88	86	55
Centro Sul	99	93	82
Leste	97	86	82
Nordeste	93	70	79
Noroeste	82	66	42
Norte	82	68	41
Oeste	92	81	69
Pampulha	92	75	68
Venda Nova	83	71	53
Total	92	79	68

Fonte: Plano Diretor de Belo Horizonte - BH - 2010 - 1990, in Monte-Mór et al. (1994).

Pode-se observar que a cobertura de água tratada tem uma distribuição mais homogênea do que a cobertura de esgoto e coleta de lixo nas diversas administrações regionais. Cabe lembrar que apesar da qualidade garantida da água na estação de tratamento, em regiões de favelas quase sempre a sua distribuição é precária (canos furados ou mangueiras de borracha rachada), expondo a população ao risco do consumo de uma água com qualidade inadequada. É necessário, então, garantir não só a cobertura, mas também, e principalmente, a distribuição adequada da água.

A população atendida com esgotamento sanitário nas diversas Administrações Regionais difere-se, contando a Noroeste com o menor percentual, seguida pela Norte e Nordeste, sendo a Centro-Sul a que possui a maior cobertura (93%). A coleta de lixo ainda é bem baixa nas regionais Norte, Noroeste, Venda Nova e Barreiro (41%, 42%, 53% e 55%, respectivamente), sendo a Centro-Sul e Leste as que possuem as maiores coberturas (82%).

De acordo com MONTE-MÓR e MARQUES (1994), a homogeneidade que as áreas periféricas apresentam está "apenas na carência de referência e de condições básicas de urbanidade e habitabilidade..., uma vez que temos no mínimo duas cidades convivendo lado à lado: a cidade das classes média e alta, e a cidade da periferia, com suas distâncias mútuas e índices urbanos e sociais perversamente diferenciados".

O município de Belo Horizonte conta, na organização do sistema de saúde, com nove Distritos Sanitários (Anexo 1), que coincidem com as

divisões administrativas regionais. Os 57 serviços hospitalares do SUS-BH, sendo 35 de natureza privada, oferecem 7.835 leitos. O tipo desses serviços está especificada na Tabela 3.4.

A Secretaria Municipal de Saúde, ao assumir a responsabilidade de gestão do SUS, no âmbito do município de Belo Horizonte, no processo de municipalização, também assume, em 1993, as atividades de controle e avaliação hospitalar dos contratados e conveniados. Da rede hospitalar de 57 hospitais, apenas 49 são controlados pela supervisão hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde - SMSA/PBH.

Tabela 3-4 Tipo dos serviços hospitalares do SUS-BH, 1996.

Tipo dos Serviços	Quantidade	
	Números absolutos	%
Público Municipal	01	1,8
Público Estadual	10	17,5
Filantropico	07	12,3
Universitário Federal	01	1,8
Universitário Estadual	01	1,8
Universitário Filantropico	01	1,8
Universitário Privado	01	1,8
Privado	35	61,4
Total	57	100,0

Fonte: Departamento de Planejamento e Regulação (DEPLAR)-SMSA-PBH/1996

Para alcançar resultados que demonstrem a verdadeira possibilidade de assumir o compromisso prioritariamente social, foi necessário a recomposição do quadro da força de trabalho. Assim, 75% dos supervisores hospitalares foram renovados pelo processo de admissão e reciclados e/ou formados para o exercício da função. A informatização da recepção e controle das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) tornou possível a emissão da Ordem de Ressarcimento e as autorizações dos procedimentos de alto custo e procedimentos especiais.

Para o procedimento de reembolso ao SUS/BH pelos hospitais e para a fiscalização das reincidências dos erros na emissão das AIHs procedidas dos hospitais, é necessário a assinatura de mais duas portarias que rezam sobre a estruturação e funcionamento deste serviço, que aguardam estudos.

A partir de 1995 a gestão do SUS, assumida pela Secretaria Municipal de Saúde passou à categoria de semi-plena, representando, para o

município, a possibilidade de estabelecer contratos de serviços que, na rede própria, são insuficientes para atender à demanda da população. A SMSA-PBH passou, então, a processar as contas dos prestadores da rede ambulatorial, cujo controle e avaliação são responsáveis pela supervisão das contas.

Em relação à rede ambulatorial própria do município de Belo Horizonte, a sua distribuição por Distrito Sanitário está representada na Tabela 3.5.

Tabela 3-5 Unidades ambulatoriais próprias e municipalizadas, da SMSA/BH, por Distrito Sanitário e tipo de estabelecimento, 1995.

Distrito Sanitário	Unidades ambulatoriais						Total	%
	C. Saúde*	Policlínica	UAPU**	Referência	PAM**	Laboratório		
Barreiro	17	1	-	2	-	1	21	14,4
Centro Sul	11	2	-	3	-	3	19	13
Leste	13	-	-	-	2	-	15	10,3
Nordeste	17	-	-	1	-	-	18	12,3
Noroeste	19	-	-	-	2	-	21	14,4
Norte	13	1	-	-	-	-	14	9,6
Oeste	15	-	-	-	1	1	17	11,6
Pampulha	8	-	-	-	-	-	8	5,5
Venda Nova	11	1	1	-	-	-	13	8,9
Total	124	5	1	6	5	5	146	100

Fonte: Departamento de Planejamento e Regulação/SMSA-PBH

(*) Recursos Humanos/SMSA-PBH-1997

(**) UAPU - Unidade de Atendimento de Pequenas Urgências

(***) PAM - Posto de Atendimento Médico

Para operacionalizar esta rede, a SMSA/PBH conta com os níveis central e distrital, além das unidades de nível local, sendo que cada Distrito Sanitário conta com um diretor e cada unidade local com um gerente de unidade de saúde, que se constitui na autoridade sanitária da área de responsabilidade do Centro de Saúde.

3.1.2 O Distrito Sanitário Oeste (DISAO)

Os 249.350 mil habitantes da regional Oeste em 1991, um terço deles residindo em favelas, convivem em um ambiente de qualidade inferior à média do município, quando considerado o índice de arborização, que é um dos indicadores do equilíbrio ambiental urbano: este índice é de 7,97 km²/hab. em Belo Horizonte é de 6,20 km²/hab no DISAO. Em relação ao nível de escolaridade, 79,4% da população do DISAO é alfabetizada, uma proporção maior do que os 77% registrados para a média da população de Belo Horizonte.

O processo de distritalização no município de Belo Horizonte teve como estratégia o desenvolvimento de oficinas de trabalho, com envolvimento de diferentes grupos, incluindo diversas entidades e instituições que tivessem interface com o setor saúde.

O objetivo foi buscar a implantação de ações que viessem a desencadear mudanças na organização dos serviços, reorientando a prática, no sentido de identificar as demandas e necessidades de saúde da população de forma a enfrentá-las, tendo como resultado o impacto positivo sobre a saúde.

A partir da consideração da estrutura, nível de atenção e disponibilidade e organização de equipamentos de saúde, o Distrito Sanitário Oeste, que detém 11,6% das unidades ambulatoriais do município de Belo Horizonte, foi escolhido para iniciar o desenvolvimento das Oficinas de Trabalho, implantadas a partir de 1990, com a Oficina de Territorialização.

Este processo foi a base para uma sistematização apurada das informações demográficas, epidemiológicas, condições de saneamento, habitação, malha viária entre outras, para áreas menores (áreas de abrangência) da responsabilidade das unidades básicas, que pudessem compor o perfil da população e suas demandas de saúde.

Estas informações em nível cada vez mais microlocalizado ainda não estavam disponíveis, e foi preciso construí-las, envolvendo tanto as instituições responsáveis por sistematizar informações de saúde em nível de grandes áreas (Estado e Município) como as lideranças locais capazes de fornecer informações chamadas "informais", tendo como base o território.

Com estas informações, foi possível estabelecer as áreas de abrangência de cada unidade básica, como também a divisão desta área em áreas homogêneas, do ponto de vista de risco para adoecer e morrer. Esta lógica permite a discriminação positiva, e com isso deslocamento de esforços para as áreas que representam maior risco para a manutenção da vida.

O Distrito Sanitário Oeste contava em 1997, com uma rede de 15 Centros de Saúde, todos com suas respectivas áreas de responsabilidade estabelecidas (Anexo 2), um Posto de Atendimento Médico (PAM), onde se organiza a atenção secundária, uma Unidade de Urgência 24 horas e um Laboratório Distrital.

Todos os centros de saúde estão organizados com a clínica básica: ginecologia, pediatria e clínica médica. Além destas atividades, também contam com as equipes de saúde mental e de odontologia.

Na sede do Distrito Sanitário conta-se com as referências técnicas nas áreas de recursos humanos, controle e avaliação hospitalar e ambulatorial, vigilância sanitária, atenção à saúde, epidemiologia, controle de zoonoses, sistema de informação e referência administrativa.

Todos os serviços de saúde sob a gestão do município, no âmbito do DISAO, dispõem de tecnologia para aplicação operativa dos critérios definidos nos protocolos técnicos do Ministério da Saúde, que se constituem de recursos humanos qualificados e material para propedêutica do câncer em estudo, além de serviço de referência secundária, de forma a garantir retaguarda para os exames que exijam maior complexidade. Em relação ao atendimento pelo nível terciário de atenção, conforme preconizado pelo SUS e assumido pelo município como gestor do sistema, os hospitais especializados para este fim, públicos ou privados, contratados ou conveniados, devem assumir, no caso de diagnóstico positivo, a terapêutica dentro dos padrões preconizados pelo avanço do conhecimento na área.

Portanto, a complexa realidade social, que determina os problemas e necessidades de saúde da população, responsabiliza o setor saúde pela difícil tarefa de planejar a operacionalização das ações, levando em conta o perfil demográfico e epidemiológico dos distintos grupos populacionais que se apropriam de espaços territoriais da cidade.

O DISAO, que compõe um dos nove distritos sanitários do município de Belo Horizonte, foi dividido, a partir do perfil demográfico e epidemiológico, considerando também o movimento interno da clientela em relação ao fluxo para acesso aos serviços de saúde, em áreas de abrangência destes serviços, estabelecendo uma relação de responsabilidade com a vigilância à saúde desta população.

Esta divisão do território em áreas de abrangência dos serviços de saúde se deu considerando como unidade menor os setores censitários estabelecidos pelo IBGE. Com isso, pode-se aprofundar o conhecimento da realidade sanitária de cada área de abrangência, num esforço coletivo de traçar o perfil epidemiológico e demográfico de cada uma destas áreas.

3.2 Fontes de informação

Para perseguir os objetivos propostos na dissertação, contou-se com duas fontes principais de informação. A primeira são os dados oriundos das estatísticas do Registro Civil do município de Belo Horizonte e terceira via da declaração de óbito do DISAO, relativos aos óbitos femininos por câncer de mama e ginecológico. Para cálculo de estimativas com base populacional, contou-se com dados básicos provenientes dos censos Demográficos de 1980 e 1991 e da Contagem

Populacional de 1996, fornecidos pelo IBGE. A segunda é constituída de dados primários, coletados a partir da aplicação de questionários específicos elaborados especialmente para este trabalho, junto aos profissionais responsáveis pelas clínicas ginecológicas nos Centros de Saúde do DISAO.

3.3 Indicadores de mortalidade para Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, os óbitos são registrados em cinco cartórios, distribuídos pelas nove regiões administrativas da cidade. Considerando a disponibilidade de serviços de saúde com profissionais médicos no município, as declarações de óbitos são emitidas na sua totalidade por estes profissionais, o mesmo acontecendo com relação aos óbitos ocorridos no ambiente domiciliar.

A inexistência de cemitérios clandestinos, até o momento, garante o registro integral dos óbitos nos cartórios de Belo Horizonte. O recolhimento dos óbitos registrados nos cartórios de Belo Horizonte, por busca ativa, é realizado pela Fundação João Pinheiro (FJP), através do Centro Informação e Estatística (CEI), da Secretaria de Estado de Planejamento de Minas Gerais.

Para os óbitos de residentes em Belo Horizonte que ocorreram em outros municípios do Estado de Minas Gerais, estes também são recolhidos pela FJP, que recebe os óbitos registrados nos cartórios de todos os municípios de Minas Gerais, através do correio. Após o recolhimento, estes óbitos são processados, também pela FJP, no programa de computador elaborado pelo Ministério da Saúde, intitulado Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Uma das medidas para se avaliar as informações das declarações de óbitos é o percentual destes que pertencem ao grupo de causas mal definidas. Em Belo Horizonte, o percentual para estas causas, durante o período estudado, variou em torno de 4 a 5%, podendo-se considerar que o preenchimento das declarações de óbitos no município é de boa qualidade.

Para a realização desta dissertação foram utilizadas as declarações de residentes de Belo Horizonte, para o período de 1981-1995, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, através do Sistema de Informação sobre Mortalidade.

As variáveis utilizadas foram sexo, idade, local de moradia e causa de morte. Para a análise da mortalidade por câncer em Belo Horizonte, foram calculadas as seguintes taxas: taxas de mortalidade proporcional, por sexo; taxa de mortalidade por câncer por sexo; taxa de mortalidade ajustada pela população mundial, por sexo e faixa etária; taxa de

mortalidade específica por idade e sexo; e taxa de mortalidade feminina por câncer de mama e ginecológico (útero e cérvix) segundo faixa etária.

Para o cálculo das diversas taxas de mortalidade, utilizou-se como numerador (número de casos), a média móvel de três anos. Este procedimento faz minimizar as oscilações do número reduzido de óbitos, assim como amenizar as variações cíclicas, conservando, desta forma, apenas os movimentos de tendência (BENTO, 1996).

A base populacional utilizada, considerando o município de Belo Horizonte, foi estimada a partir dos dados dos Censos Demográficos de 1980 e 1991 e da Contagem Populacional de 1996.

Os modelos mais apropriados para se estudar a variação do risco de adoecer e morrer por determinada doença em relação a uma série de variáveis de risco ou de confundimento, em um período de tempo, são os log-lineares. Este método é usado para analisar dados multivariados, que estão na forma de frequências, correspondentes a categorias ou combinação de categorias de variáveis nominais e são utilizados com o objetivo de se alcançar uma explicação mais próxima da realidade, com um menor número possível de fatores de risco (associados à uma doença) e um maior número de fatores de confundimento (aqueles que afetam a estimação dos fatores de risco).

Nesta dissertação, a análise de tendência do câncer, no município de Belo Horizonte, para o período de 1981-1995, foi realizada a partir da regressão de Poison, que é baseada no modelo log-linear, que utiliza a transformação logarítmica da variável dependente.

Este tipo de regressão é uma técnica apropriada para se estudar frequências observadas, mesmo que o número de casos seja pequeno, assim como para o estudo de eventos raros ou eventos ocorridos em populações, em curtos períodos de tempo (LOVETT et al., 1986). A regressão de Poison aponta como um modelo de estimativa de todos os riscos de desenvolver uma doença, em um período de tempo determinado, ajustados pela idade (MULLER et al., 1987).

Para a realização da regressão de Poison os dados foram processados no pacote estatístico EGRET, Versão 0.26.5, 1985-1991.

3.4 Indicadores de mortalidade para o DISAO

A Secretaria Estadual de Saúde/MG, através de uma resolução conjunta com a Fundação João Pinheiro, estabeleceu, a partir de 1995, o fluxo para a terceira via da declaração de óbito (DO), no Estado de Minas Gerais. Já a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

estabeleceu, a partir da portaria número 4/1995, fluxo da terceira via da declaração de óbito, no âmbito do município, além de outras competências.

Esta via seria recolhida pelo hospital emitente da declaração de óbito e encaminhada semanalmente às sedes dos nove distritos sanitários do município, sob a responsabilidade dos núcleos de epidemiologia de cada um deles.

Apesar da maior parte da rede hospitalar do município se localizar na área central da cidade, para o trabalho com óbitos foi realizada uma divisão destes estabelecimentos de saúde entre os nove distritos sanitários, correspondendo uma cota para cada um deles.

Esta divisão possibilitou uma aproximação maior dos núcleos de epidemiologia com os estabelecimentos hospitalares, garantindo, cada vez mais, a melhoria da qualidade do preenchimento de todos os campos das declarações de óbito.

Além disso, facilitou a investigação oportuna de causas básicas mascaradas e que são objeto de estudo da Secretaria Municipal de Saúde, como, por exemplo, óbitos maternos ou doenças de notificação compulsória.

Assim, os núcleos de epidemiologia dos diversos distritos são responsáveis pela conferência dos campos preenchidos das Declarações de Óbitos recebidas, pela separação de óbitos de residentes em outros distritos sanitários, pelo envio das mesmas para o distrito de origem, e pela definição, processamento e análise da causa básica.

A desagregação da informação por local de residência, a partir do endereço, ainda não é possível através da FJP e, portanto, para os óbitos ocorridos fora do ambiente hospitalar (no domicílio) ou em outro município, é necessário que os distritos sanitários realizem a busca ativa na FJP (que trabalha com os óbitos de cartório do Estado de Minas Gerais).

Para o desenvolvimento desta dissertação, foi realizada também busca ativa no Instituto Médico legal, para a incorporação dos óbitos aí encontrados, totalizando assim, de forma satisfatória, o banco de dados de óbitos do DISAO.

O processamento das declarações de óbitos de residentes no DISAO foi realizado a partir do programa SIM, elaborado pelo Ministério da Saúde, e a seleção da causa básica foi feita a partir do programa Seleção da Causa Básica (SCB), também do Ministério da Saúde.

A análise da mortalidade dos residentes no DISAO, circunscreveu-se ao ano de 1995, ano marcado pela descentralização das declarações de óbitos para os diversos distritos sanitários, a partir do estabelecimento da resolução conjunta e portaria municipal. As variáveis estudadas foram sexo, idade, causa de morte e área de abrangência.

O risco relativo da população de cada área de abrangência, em morrer por câncer, segundo sexo, foi calculado a partir de uma taxa de mortalidade padrão (Standart Mortality Rate - SMR), que é calculada considerando o número de casos observados de câncer dividido pelo número de casos esperados, multiplicado por 100. Esta taxa pode ser interpretada como risco relativo, em que o 100% é a média, por exemplo, do DISAO. Foi calculado o intervalo de confiança, e quando este não contém o valor 100, a SMR difere da média da população, em um nível de significação de 95%.

Além disso, trabalhou-se com a determinação da mortalidade por câncer feminino de mama e ginecológico, para o DISAO.

Para o cálculo das taxas de mortalidade no DISAO, a base populacional foi estimada a partir dos dados do Censo Demográfico de 1991 e da Contagem Populacional de 1996, desagregados por setores censitários, que permitiram estimativas de população para as diversas áreas de abrangência dos serviços de saúde do DISAO.

3.5 Avaliação dos serviços básicos de saúde no DISAO

Para realizar a avaliação da prática dos serviços básicos do Distrito Sanitário Oeste (DISAO) e o seguimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o controle e prevenção do câncer de mama e ginecológico, foram entrevistados os médicos que desenvolvem a clínica ginecológica nestes serviços, assim como os gerentes das unidades de saúde.

O instrumento para coleta das informações sobre a prática desenvolvida nestes serviços foi um questionário estruturado, tendo como base as orientações técnicas do Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer de mama e ginecológico (BRASIL, 1989).

O questionário, apresentado no Anexo 3, foi estruturalmente dividido em duas partes principais, uma contemplando questões específicas das normas, visando o controle do câncer de mama, e outra considerando as normas para o controle do câncer cérvico-uterino.

De acordo com o as normas do Ministério da Saúde (1989), " o principal objetivo das ações de controle do câncer cérvico-uterino é prevenir o

carcinoma invasivo, através da detecção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais pré-invasoras". Para a determinação da população-alvo deve-se considerar que o câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com o início de atividade sexual em idade precoce; multiplicidade de parceiros (ambos os sexos); história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as decorrentes de infecções por papilomavírus e herpesvírus tipo 2; baixo nível sócio-econômico; hábito de fumar; e carências nutricionais, como a hipovitaminose A.

Além dessa determinação, a elaboração do questionário levou em consideração as ações propostas pelas normas técnicas do Ministério da Saúde (1989) para o controle do câncer cérvico-uterino, que prevê os seguintes procedimentos: consulta clínico-ginecológica; citologia de esfregaço cérvico-vaginal; teste de SCHILLER; colposcopia; histopatologia; tratamento dos processos inflamatórios e displásicos; encaminhamento, para clínica especializada, dos casos indicados para complementação diagnóstica e/ou tratamento; controle das casos negativos; e seguimento dos casos tratados.

No que diz respeito ao câncer de mama, o grupo de risco definido pelo Ministério da Saúde (1989) é composto por mulheres com história familiar de câncer mamário, primeira gestação tardia, nuliparidade, disfunções hormonais e história de patologia mamária benigna (displasias mamárias) estando também incluídas, secundariamente, aquelas mulheres com obesidade, menarca precoce, menopausa tardia, não lactação, alimentação rica em gorduras e exposição a radiações ionizantes.

Na elaboração do questionário foram consideradas as seguintes ações, propostas pelo Ministério da saúde: auto exame das mamas, exame clínico das mamas e exames complementares.

No processo de construção do instrumento definitivo para a realização das entrevistas foi feito o pré-teste, envolvendo as categorias profissionais a serem entrevistadas, com o objetivo de se fazer os ajustes necessários. Os profissionais (médico ginecologista e gerente) que participaram desta etapa da pesquisa eram lotados no Centro de Saúde Conjunto Betânia.

As entrevistas foram individuais, agendadas com os profissionais nos seus locais de trabalho, em horários previamente marcados, e tiveram uma duração média de trinta minutos.

As respostas dos questionários foram processadas no programa Epi-info, versão 6.03, OMS (1996).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Mortalidade Feminina por câncer de mama e ginecológico em Belo Horizonte e DISAO

Os estudos de mortalidade são muito utilizados por auxiliarem no conhecimento do processo saúde-doença de determinadas populações, possibilitando um planejamento das ações e serviços de saúde cada vez mais aproximado da realidade social. A ampla utilização dos dados de mortalidade está facilitada pela disponibilidade dos atestados de óbitos em todas as partes do mundo, contendo informações de interesse para a área da saúde e outras afins.

A uniformidade do modelo de declaração de óbito permite a realização de comparações do perfil de mortalidade em níveis nacional e internacional. A longa existência deste instrumento, declaração de óbito, permite também que se realizem estudos de tendências da mortalidade por causas específicas de morte, considerando as diversas áreas geográficas, já que cada óbito é atribuído ao município de residência do falecido (BORRELL, 1997).

Estudos desta natureza contribuem de forma importante para avaliar a evolução das desigualdades da mortalidade entre as diferentes áreas geográficas e o impacto da utilização de novas tecnologias na prevenção e controle de determinadas doenças.

O avanço tecnológico disponível para aumentar a sobrevida das pessoas tem uma estreita relação tanto com o acesso a estes bens e serviços pela população, como também com a organização hierárquica, equânime e universal das ações e serviços de saúde. As diferenças reconhecidas no acesso à utilização da tecnologia hoje disponível através dos serviços de saúde estabelecem as desigualdades no adoecer e morrer de determinadas populações.

Aprofundar a análise da mortalidade por câncer, principalmente nas mulheres, passou a ser importante nos estudos de mortalidade por causa, tendo em vista as possibilidades de avanços nas modalidades de tratamento, prevenção e aumento da sobrevida (PASTORELLO, 1991).

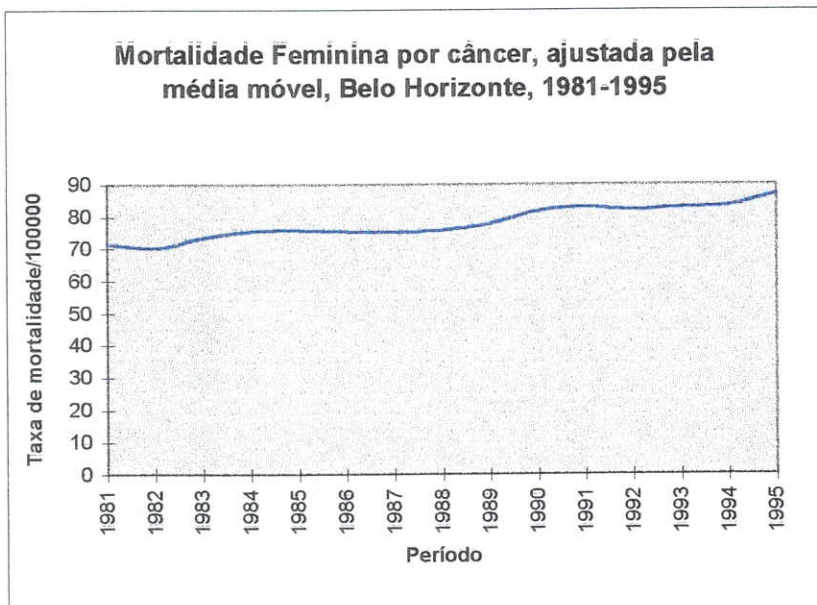
Neste capítulo são analisados, primeiro, os indicadores de mortalidade feminina por câncer para o município de Belo Horizonte, durante o período 1981-1995, com ênfase na mortalidade por câncer de mama e ginecológico. Essa consideração global é importante para a apresentação subsequente do quadro específico da Administração Regional Oeste.

4.2 Panorama geral da mortalidade feminina por câncer em Belo Horizonte

Durante todo o período 1981-1995 as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório constituíram-se nos três principais grupos de causas de mortalidade das mulheres residentes no município de Belo Horizonte. Dentre esses grupos, o que apresentou o maior incremento na proporção de óbitos foi o de neoplasias, que cresceu 26,6% entre 1981 e 1995, contra um crescimento de 5,7% e 8,3% das mortes atribuídas a doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, respectivamente.

O Gráfico 4.1 mostra que em Belo Horizonte as taxas de mortalidade feminina por câncer assumiram valores que passaram de 71 por 100 mil habitantes em 1981 para 87 por 100 mil habitantes em 1995. Essa evolução pode ser explicada, em parte, pelas mudanças observadas na estrutura etária da população. O aumento da expectativa de vida, possibilitando maior exposição aos fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer, torna a idade o mais importante determinante isolado da mortalidade por esta causa (SILVA, 1982).

Gráfico 4-1



Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade

A Tabela 4.1 apresenta as razões dos coeficientes de mortalidade no período 1981-1995, por idade, podendo-se observar que não houve uma tendência homogênea para todas as faixas etárias durante o período estudado.

A razão entre os coeficientes é tão mais elevada quanto mais idosa a faixa etária, especialmente quando se consideram os grupos constituídos de mulheres com 30 anos e mais. A única exceção a esse aumento monotônico da razão entre coeficientes com a idade é observada quando são comparados os dois primeiros grupos etários (5-9 e 10-14 anos).

Tabela 4-1 Razões de coeficientes de mortalidade feminina por câncer, segundo idade, Belo Horizonte - 1981-1995.

Regressão de Poisson

Grupos de idade	p	Razão dos coeficientes de mortalidade	Intervalo de confiança (95%)
5-9	0,009	0,7073	0,5447-0,9185
10-14	<0,001	0,5504	0,4167-0,7271
15-19	0,003	0,6758	0,5230-0,8734
20-29	0,485	0,9291	0,7559-1,142
30-39	<0,001	3,274	2,728-3,929
40-49	<0,001	9,500	7,976-11,32
50-59	<0,001	22,75	19,16-27,02
60-69	<0,001	43,17	36,39-51,22
70 e mais	<0,001	90,76	76,60-107,5
Período	<0,001	0,9922	0,9881-0,9963

Fonte: Dados Básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade, 1981 a 1995.

Considerando que o câncer é uma doença que acomete principalmente a população adulta, em países em que a população apresenta um contingente importante de jovens, o risco de morrer por câncer tem o seu impacto atenuado (SILVA, 1982). Este aspecto deve ser contemplado quando se quer fazer análise comparativa entre vários países ou regiões, ou em um mesmo país ou região, ao longo do tempo.

Para avaliar a ação da estrutura etária nas taxas de mortalidade feminina por câncer no município de Belo Horizonte, entre 1981 e 1995, a população mundial foi utilizada como padrão para efeitos comparativos e os resultados são apresentados na Tabela 4.2.

Tabela 4-2 Taxas de mortalidade feminina por câncer, específicas e ajustadas pela população mundial, Belo Horizonte, 1981-1995

Ano	Taxas específicas (x 100000)	Taxas ajustadas
1981	71	106
1982	70	102
1983	73	105
1984	75	105
1985	76	103
1986	75	100
1987	75	100
1988	76	97
1989	78	97
1990	82	101
1991	83	100
1992	82	96
1993	83	94
1994	83	94
1995	88	96

Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade, 1981 a 1995

Quando são comparadas as taxas de mortalidade por câncer em Belo Horizonte com as taxas padronizadas pela população mundial, observa-se que o aumento na incidência de óbitos por câncer no período analisado dependeu exclusivamente das modificações na estrutura etária da população. A tendência de aumento registrada para as taxas de mortalidade sem padronização não é repetida no caso das taxas de mortalidade ajustadas, de tal forma que a taxa ajustada para o ano inicial do período focalizado é maior do que aquela estimada para o ano final. Assim, quando a população de Belo Horizonte assumir um padrão próximo ao da população mundial, poderá apresentar coeficientes de mortalidade por câncer ainda maiores, dependendo da utilização de novas formas de diagnóstico e tratamento disponíveis.

O fato da mortalidade por câncer aumentar com a idade remete ao setor saúde a preocupação de estar organizando os serviços de forma satisfatória para responderem a estes novos desafios impostos pelas mudanças na composição etária da população. Historicamente, os serviços de saúde são organizados para responderem mais às demandas das mulheres grávidas e crianças. Portanto, reconhecer as novas demandas significa exigir definições políticas capazes de diminuir os riscos de morrer por câncer ao longo da vida.

Para isso, alguns aspectos poderiam ser levados em conta: mesmo sabendo que fatores considerados de risco para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer já foram elucidados e que muitos ainda terão que ser mais estudados, avanços nas técnicas de diagnóstico, com atenção às práticas de "crivagem" ou "screening", assim como melhora na acessibilidade aos serviços de saúde e avanços terapêuticos (BOSCH et al., 1997) podem contribuir para a diminuição de determinados tipos de câncer.

4.3 Mortalidade feminina por câncer de mama e ginecológico em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, em 1995, a mortalidade proporcional feminina por câncer, segundo as principais localizações anatômicas, revelou que o câncer de mama participou com 17% dos óbitos, seguido pelo câncer de estômago (7%), cervico-uterino (5,5%), pulmão (5,3%) e útero, sem especificação da localização (5,2%) (FUNDAÇÃO, 1995).

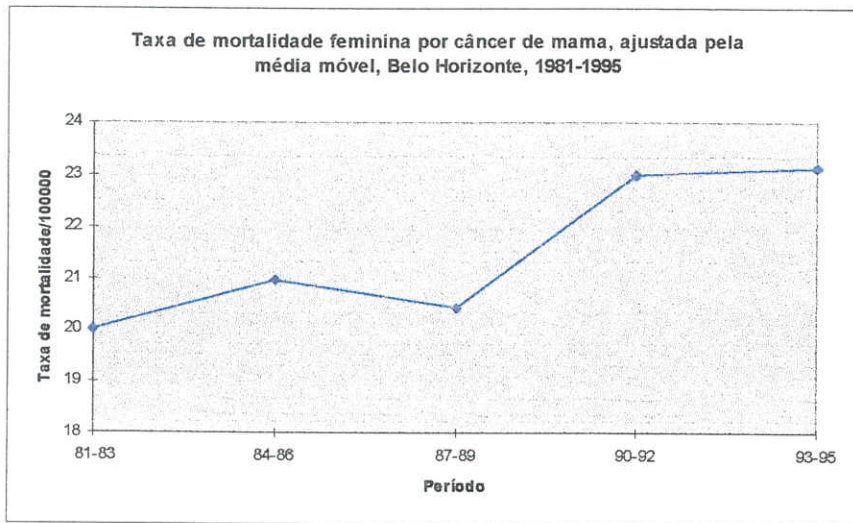
Portanto, o câncer de mama é a primeira causa isolada de morte por câncer em mulheres, em 1995, em Belo Horizonte. No Brasil o câncer de mama constitui 16% dos óbitos femininos por câncer (BENTO, 1996). Durante o período de 1981-1995, as taxas de mortalidade por câncer de mama em Belo Horizonte variaram de 20/100000 no período de 81-83 para 23/100000 no último período (93-95), conforme mostra o Gráfico 4.2.

Em São Paulo, no período de 1991-1992, esta mesma taxa foi de 14,6/100000 (FONSECA, 1995). Nos países europeus, no final da década de 80, as taxas de mortalidade feminina por câncer de mama variaram de 20 a 30/100000. Na Itália, estas taxas passaram de 40,7/100000 em 1955 para 57,8/100000 em 1985 (NEGRI, 1990), com expectativa de estabilização, dado o impacto positivo das novas formas de tratamento e diagnóstico precoce.

Para o desenvolvimento do câncer de mama, um fator considerado importante é a idade. Diversos estudos revelam que em mulheres mais idosas aumenta o risco de mortalidade por este tipo de câncer. No período 1981-1995, em Belo Horizonte, considerando cinco quadriênios, o câncer de mama aumentou com a idade, sendo que a partir de 50 anos e mais este aumento foi mais significativo.

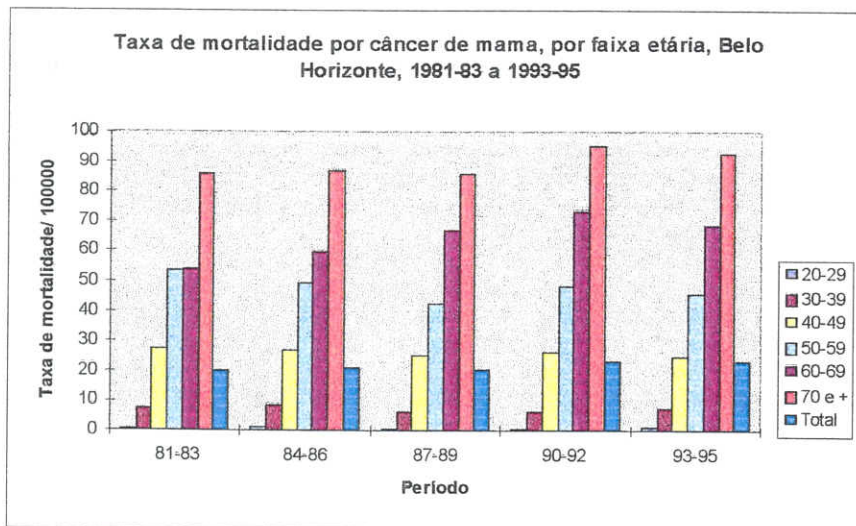
O Gráfico 4.3 mostra que as taxas de mortalidade feminina por câncer de mama permanecem sem alterações, levando em conta o primeiro e último quadriênios, nos grupos etários 20-29 e 30-39 anos, diminuíram nos grupos etários 40-49 e 50-59 anos, e tiveram aumentos significativos nos grupos de 60-69 e 70 anos e mais.

Gráfico 4.2



Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade

Gráfico 4.3



Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade

As diferenças nas taxas de mortalidade por câncer de mama por idade constituem um fator importante nas definições de políticas de controle da doença, com estabelecimento da prática de "screening" para as faixas etárias prioritárias e frequência determinada, além do esgotamento de todos os recursos atualmente disponíveis. A frequência para a realização do "screening" ainda é uma questão em aberto, sendo estabelecida em alguns países como prática bianual.

A efetividade do "screening" de câncer de mama, utilizando a mamografia como recurso metodológico, tem sido claramente evidenciada na redução da mortalidade nos grupos de idade de 50-69 anos, representando uma diminuição significativa da mortalidade (30%) das mulheres deste grupo etário seguidas por um período de 10-12 anos (ALMAZÁN, 1995).

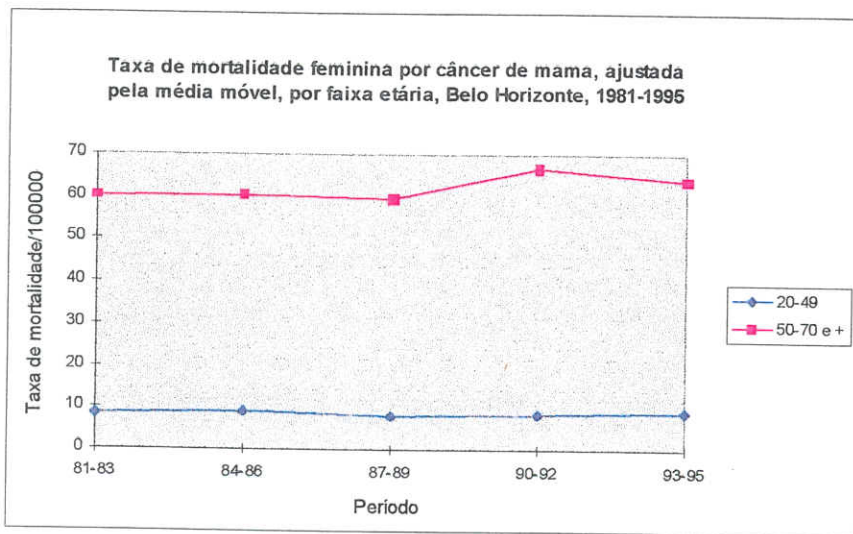
Um aspecto importante na adoção da prática de "screening" é que a participação das mulheres está relacionada com a idade e nível educacional. Para tanto, a garantia de uma maior participação seria através de busca ativa, levando em conta estes aspectos.

Os estudos cuja temática é a utilização da mamografia como uma aproximação da prática de "screening" de câncer de mama, realizados na Catalúnia, revelaram que as mulheres mais jovens são as que mais procuraram os serviços para realizarem este exame. Este fato destaca as possibilidades de as mulheres mais jovens formarem um grupo com uma maior percepção da suscetibilidade de desenvolver câncer (ALMAZÁN, 1995).

O desenvolvimento do câncer de mama aumenta entre os 45-50 anos, sugerindo que os fatores hormonais desempenham um papel na etiologia desta patologia (KELSEY, 1993). Considerando que a idade em que ocorre a menopausa é determinante para o desenvolvimento do câncer de mama, a discussão do corte de idade para indicação mais correta desta prática (screening) é fundamental para o aproveitamento dos benefícios potenciais da mamografia, assim como a utilização adequada dos recursos disponíveis.

Quando se utiliza a idade de 50 anos como corte para a menopausa (Gráfico 4.4), verifica-se que na faixa etária de 20 a 49 anos, ao longo do período de 1981-1995, as taxas de mortalidade por câncer de mama em Belo Horizonte variaram pouco, passando de 8/100000 em 1981 para 9/100000 em 1995, enquanto que entre as mulheres com 50 anos e mais as taxas aumentaram ao longo do período, passando de 60/100000 no princípio do mesmo, para 64/100000 no final do período.

Gráfico 4.4



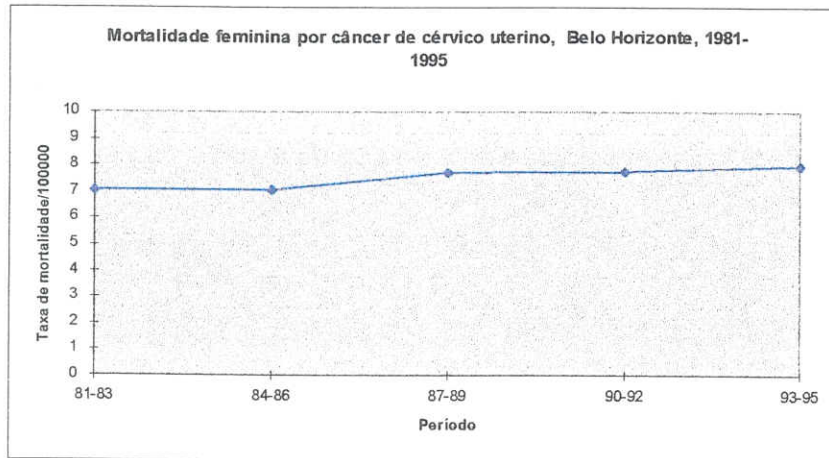
Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade

Nos Estados Unidos, em 1991, também as taxas de mortalidade por câncer de mama foram 15 vezes maior entre mulheres de 50 anos e mais, quando comparadas com as mais jovens (OMS, 1994).

Os diagnósticos precoces são determinantes para uma evolução mais satisfatória e aumento da sobrevida das mulheres, indicando que o acesso aos serviços básicos de saúde para estes diagnósticos é condição imperativa para diminuir a mortalidade por câncer de mama.

Com relação à mortalidade por câncer cérvico-uterino, o Gráfico 4.5 mostra que, para o período de 1981-1995, houve apenas um ligeiro aumento (de 7/100000 para 8/100000).

Gráfico 4.5

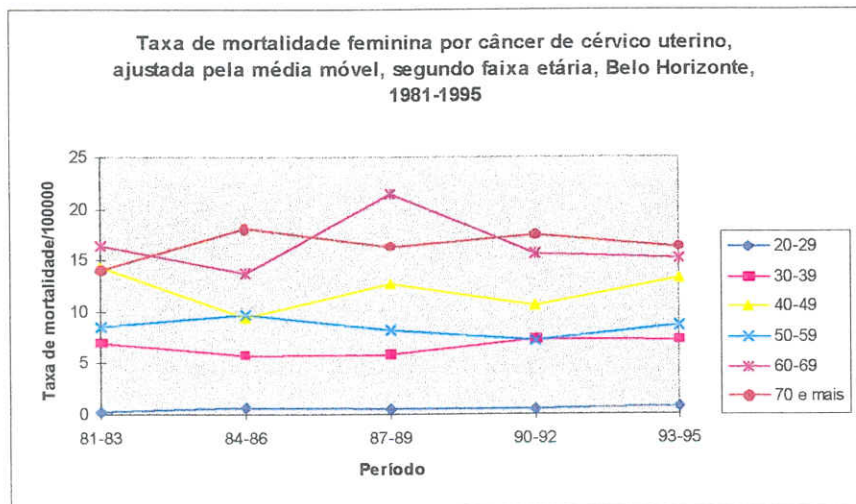


Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade

Quando observadas as faixas etárias, as taxas de mortalidade por esta causa em Belo Horizonte (Gráfico 4.6) aumentam com a idade, sendo que nos grupos de 60-69 e 70 anos e mais, considerando o primeiro e último períodos, há uma inversão nos valores das taxas; no primeiro período a taxa para o grupo etário de 60-69 anos é maior e no segundo período ocorre o contrário.

Os maiores aumentos observados na mortalidade por câncer cérvico-uterino em relação às faixas etárias em Belo Horizonte foram a partir de 40 anos. Na Espanha, na região da Catalúnia, durante o período de 1975-1992, foi observado que o maior incremento da mortalidade por câncer cérvico-uterino se deu entre as mulheres mais jovens (3,2%), enquanto entre as mulheres com mais de 64 anos este incremento foi de 3,0% (SÁNCHEZ et al., 1997).

Gráfico 4.6



Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade

A análise da mortalidade por causas depende da qualidade da causa básica de morte declarada e a contabilidade dos dados de mortalidade é problemática em relação a algumas localizações específicas, dentre elas o câncer de útero (todas as localizações) (SÁNCHEZ et ali., 1997). Portanto, se justifica analisar a mortalidade por câncer de útero separadamente, pela elevada frequência de declarações de óbitos com diagnósticos não específicos (corpo, cérvico ou útero não especificado) resultado de classificações incorretas (JOSÉ, 1990).

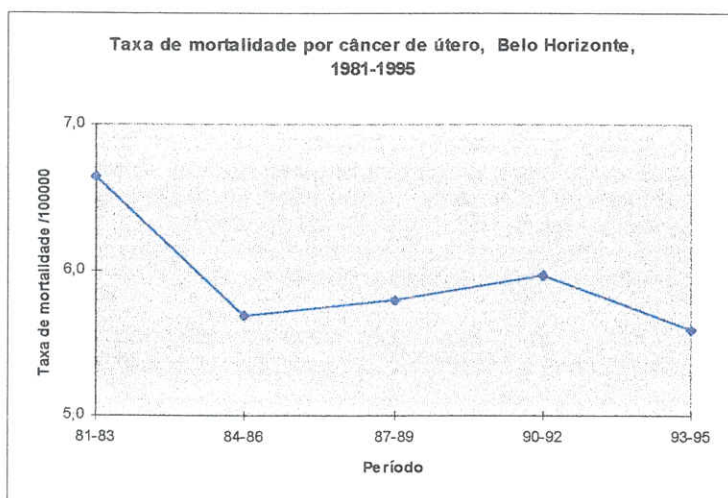
Este procedimento, apesar de dificultar a interpretação dos resultados, deve ser levado em conta, uma vez que estudos realizados nos Estados Unidos, depois de uma revisão na história clínica das pacientes, revelaram que 40% dos tumores uterinos não especificados tinham localização cervical (JOSÉ, 1990).

Em Belo Horizonte, as taxas de mortalidade por câncer de útero, para o período de 1981-1995 permaneceram praticamente estáveis: de 6,6/100000 em 1981 para 5,6/100000 em 1995 (Gráfico 4.7).

Quando analisada a taxa de mortalidade por faixa etária, observa-se que ela aumenta com a idade. Assim, quando consideradas duas faixas etárias: 20-49 anos e 50 anos e mais, observamos que enquanto a

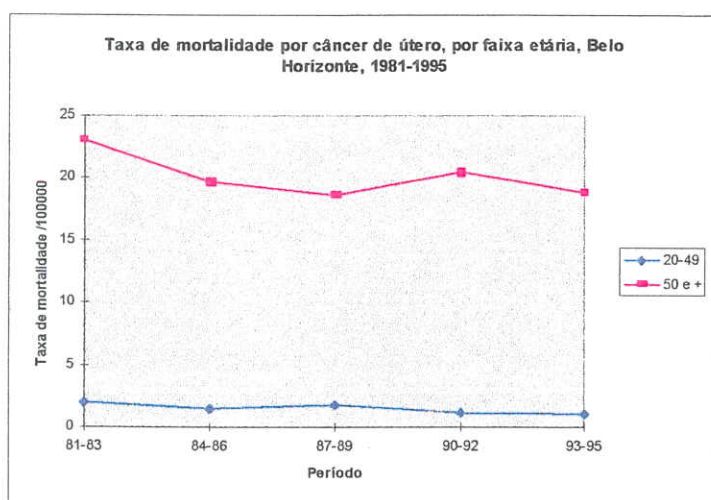
primeira diminuiu ao longo do período, a segunda aumentou (Gráfico 4.8).

Gráfico 4.7



Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade

Gráfico 4.8



Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade

Na Inglaterra e países de Gales, durante o período de 1951-1984, observou-se que as taxas de mortalidade por câncer cérvico uterino entre mulheres jovens (com menos de 45 anos) aumentou, demonstrando que os efeitos deste fenômeno seriam maiores se não estivessem disponíveis programas de "screening" e seguridade social notadamente desenvolvidos (JOSÉ, 1990).

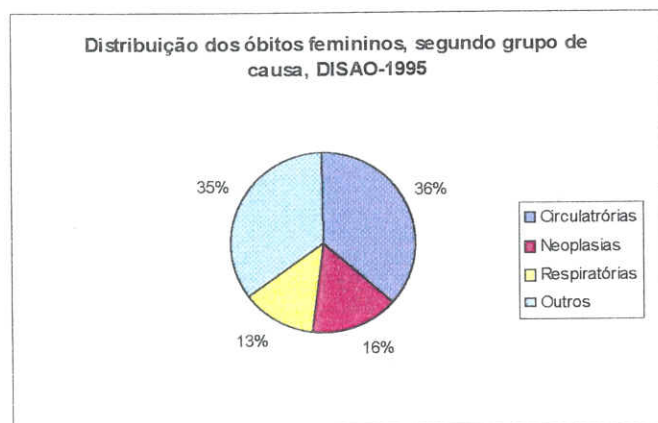
4.4 Mortalidade por câncer no Distrito Sanitário Oeste

O estudo da mortalidade por câncer no Distrito Sanitário Oeste (DISAO) só foi possível a partir do esforço coletivo do conjunto dos trabalhadores da saúde, tanto dos serviços básicos de saúde do nível local quanto do nível distrital, principalmente na construção da proposta de Distrito Sanitário. Também participam desta construção usuários dos serviços e membros das diversas representações sociais da população.

No DISAO, em 1995, a mortalidade por câncer apresentou taxas de 81/100000 para os homens e 83/100000 para as mulheres, sendo que os óbitos masculinos representaram 53% do total.

Em relação aos óbitos femininos, podemos observar que o câncer ocupa a posição de segunda principal causa de morte, sendo superada apenas pelos óbitos atribuídos a doenças do aparelho circulatório (Gráfico 4.9). Em Belo Horizonte, no período de 1981-1995, a mortalidade proporcional por grupo de causa também apresentou as doenças cardiovasculares como primeira causa de morte, seguida pelas neoplasias e doenças respiratórias.

Gráfico 4-9

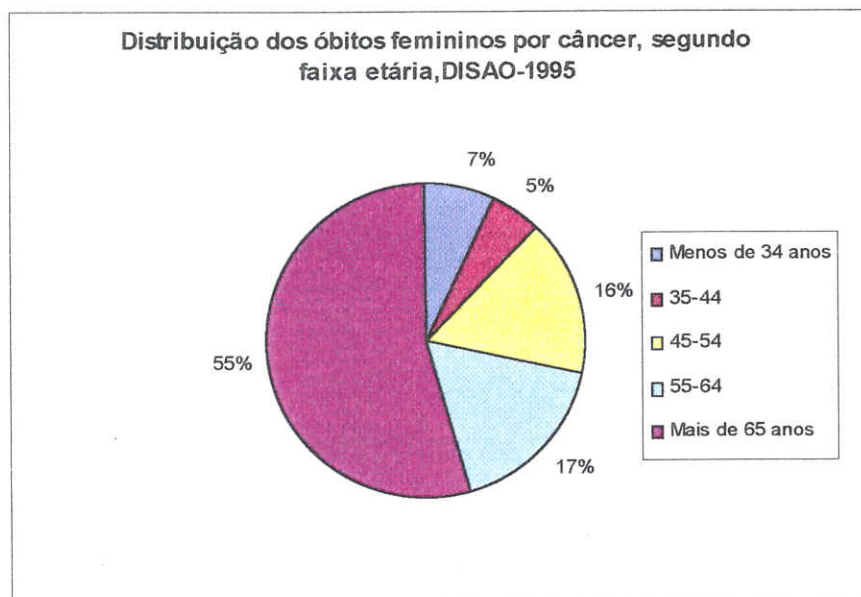


Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Epidemiologia/DISAO

Quando os óbitos femininos por câncer são distribuídos por localização anatômica, pode-se observar que o câncer de pulmão foi a principal localização anatômica encontrada (12%), seguida pela mama (11%), ovário (5,5%), estômago (5,5%) e útero (4,5%). Em Belo Horizonte, para o mesmo período, considerando a mortalidade proporcional feminina por câncer, segundo localização anatômica, verifica-se que o câncer de mama é a primeira causa de morte entre as mulheres, seguido pelo câncer de estômago, cérvico-uterino, pulmão e útero, sem especificação da localização.

A distribuição dos óbitos femininos por câncer, segundo faixa etária, demonstrou que o maior percentual de óbitos por esta causa ocorreu entre as mulheres maiores de 65 anos, seguido pelas porcentagens registradas para as faixas etárias de 55-64 anos e 45-54 anos (Gráfico 4.10).

Gráfico 4-10



Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Epidemiologia/DISAO

Com a determinação das áreas de abrangência dos serviços básicos de saúde, que têm como unidade mínima os setores censitários desenhados pelo IBGE, foi possível conhecer a população por faixa etária e sexo destas áreas. A partir desta etapa, com os óbitos por câncer, segundo faixa etária, sexo e local de residência (área de

abrangência dos serviços de saúde) foram determinadas as taxas de mortalidade por esta causa de morte para cada área de abrangência. Assim, foi possível calcular as razões de mortalidade padronizadas (SMR), empregando as taxas de mortalidade padronizadas, considerando o DISAO como a unidade. Isto permite interpretar as razões de mortalidade padronizadas como riscos relativos, em que 100% é a média do DISAO.

A Tabela 4.3 apresenta, para as áreas de abrangência dos serviços de saúde do DISAO, as razões de mortalidade feminina por câncer, padronizadas. As maiores razões de mortalidade feminina por câncer no DISAO em 1995 foram registradas para as áreas de abrangência dos Centros de Saúde Betânia, Vila Imperial e Waldomiro Lobo e as menores foram observadas nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde Ventosa e Havaí.

Tabela 4-3 Razões de mortalidade feminina por câncer (SMR), padronizadas, segundo áreas de abrangência dos Centros de Saúde, DISAO, 1995

Centros de Saúde	SMR	Óbitos por câncer	População	Intervalo de confiança (95%)
Betânia	274	8	4620	137 - 548
Salgado Filho	108	4	4321	41 - 288
Conj. Betânia	83	2	3317	21 - 331
Ventosa	26	2	11669	6 - 103
Cícero Ildefonso	64	3	7652	21 - 198
Noraldino de Lima	97	27	20287	67 - 142
Havaí	29	1	6342	4 - 205
Jaime Gomes	34	2	6356	8 - 135
São Jorge	117	28	23907	81 - 170
Vila Leonina	86	4	8515	32 - 230
Vila Imperial	197	6	4329	89 - 439
Waldomiro Lobo	137	5	4850	57 - 329
Cabana	129	9	10694	67 - 247
Vista Alegre	128	7	7491	61 - 269
Amílcar Viana	35	2	7802	9 - 139
Total	100	110	132152	

Fonte: Dados básicos - Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade, 1995.

A taxa de mortalidade por câncer de mama no DISAO, em 1995, foi de 9/100000, sendo que Belo Horizonte apresentou, para o período de

1993-1995, uma taxa de 23/100000. A taxa de mortalidade por câncer de útero no DISAO, em 1995, foi de 4/100000. A causa de morte "útero sem local especificado" pode contemplar também a localização "colo de útero". Esta causa pode ser considerada como indicativo de morte evitável, dada as condições favoráveis para o seu diagnóstico. Os estudos de câncer segundo localização anatômica são importantes para a determinação de ações de prevenção e controle. Essas ações, normatizadas pelo Ministério da Saúde, serão objeto específico de análise no item seguinte, que trata da avaliação das ações de prevenção e controle do câncer de mama e ginecológico, no DISAO.

4.5 Avaliação das ações de prevenção e controle do câncer feminino de mama e ginecológico no DISAO

A preocupação com as questões relativas ao controle do câncer pelas instituições públicas de saúde no Brasil datam de 1921. No governo do presidente Vargas (1937) cria-se o centro de cancerologia - DF, que tempos mais tarde dá origem ao Instituto Nacional do Câncer (1957), que normatiza as condutas de prevenção e controle em nível nacional.

A normatização das ações de controle e prevenção do câncer de mama e de colo de útero pelo Ministério da Saúde é considerada uma atividade estratégica dentro do processo de organização de um sistema nacional de saúde. Este procedimento possibilita que distintas instituições trabalhem sob orientação única e determinem impacto positivo sobre a ocorrência destes agravos, assim como, levando em conta a capacidade operativa dos serviços, aumentem a cobertura populacional.

A organização dos serviços de saúde, considerando a hierarquização da atenção, é um passo importante para a construção do SUS, mas segundo UNGLERT (1987) a oferta de serviço de saúde não depende da simples existência dos mesmos; a acessibilidade deve ser abordada considerando os aspectos geográficos, culturais, econômicos e funcionais. Dos inúmeros fatores que englobam o acesso à saúde, a organização do sistema institucional de saúde para satisfazer as necessidades de assistência a todos os grupos populacionais de forma equânime constitui um fator importante. Para isso, faz-se necessário compreender que existe uma relação dinâmica entre necessidades e aspirações da população e recursos disponíveis, com combinações tecnológicas e organizacionais, podendo-se, com os conhecimentos técnicos disponíveis, alcançar melhores níveis de saúde da população.

A avaliação das ações de prevenção e controle do câncer feminino de mama e ginecológico no DISAO é feita com base nos resultados de pesquisa de campo empreendida por meio da aplicação de questionário próprio aos profissionais responsáveis pelo serviço. A pesquisa foi realizada durante o período de abril a maio de 1997, tendo sido respondidos 33 questionários por gerentes e médicos ginecologistas dos

diversos Centros de Saúde do DISAO. A elaboração das questões teve como referência as normas básicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para controle do câncer cérvico-uterino e de mama (BRASIL, 1989).

A apresentação dos resultados da pesquisa, é precedida pela descrição, primeiro, da organização da rede de serviços no âmbito do município de Belo Horizonte e, depois, na jurisdição do DISAO.

4.5.1 Organização dos serviços de prevenção e controle do câncer de mama e ginecológico em Belo Horizonte

Todos os serviços básicos de saúde estão capacitados para a realização do exame clínico das mamas – procedimento importante na detecção precoce de problemas nos seios –, já que todos contam com pelo menos um profissional ginecologista. É possível também informar às pacientes sobre a realização do auto-exame das mamas.

A incorporação mais sistematizada do serviço de apoio diagnóstico por imagem referenciado, ao alcance dos serviços básicos de saúde, é bem recente, sendo que a distribuição das cotas de mamografia por serviço leva em conta o número de profissionais médicos em cada unidade.

A ultra-sonografia de mama ainda não está organizada de forma abrangente para os diversos serviços básicos, observando-se uma demanda reprimida muito grande para este tipo de exame complementar.

O sistema de produção de serviços da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (SMSA/PBH) não é capaz de avaliar o número de pacientes que são informadas sobre o auto-exame de mama durante as consultas individuais ou em trabalhos de grupo.

A implantação do programa de prevenção do câncer cérvico-uterino na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) teve início em abril de 1990, com o estabelecimento de contrato de prestação de serviço com o laboratório de citologia do Instituto João Resende Alves (IMO), para realização dos exames citológicos de colo de útero. Esses exames compreendiam 2,1 lâminas/dia por profissional médico, sendo que neste ano a cobertura no rastreamento do câncer cérvico-uterino foi de 2,53%, seguido de 5,43% em 1991 (BELO HORIZONTE, 1992) e aproximadamente 13% em 1995 (incluindo as unidades de atenção secundária - PAMs), tendo como meta alcançar, em 1996, os 30% de cobertura estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A cobertura alcançada pelo teste de Papanicolau no Brasil ainda é baixa, tendo sido, em 1987, de 8%, para mulheres com mais de 20 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992) e, em 1996, não supera os 10%.

Com relação à produção de exames citológicos, passou-se de um total de 29727 lâminas/ano (BELO HORIZONTE, 1992) em 1991, para 54000 lâminas/ano em 1995 e 67774 lâminas/ano em 1996. A partir de 1994, parte dos exames citológicos começaram a ser realizados também no laboratório do Centro de Saúde Carlos Chagas, da rede própria, que, após o processo de municipalização, passou a ser gerenciado pela SMSA/PBH. Este laboratório está capacitado para realizar os exames citológicos de quatro dos nove distritos sanitários que compõem a rede municipal.

Os centros de saúde da SMSA participantes do programa de prevenção de câncer de colo de útero em fevereiro de 1992 eram 75, contando com 96 médicos ginecologistas (BELO HORIZONTE, 92). Em 1993 a SMSA já contava com 104 unidades, com 160 profissionais (SMSA/PBH-93). Em 1997 a rede municipal de saúde dispunha de 124 unidades básicas de saúde capacitadas para o desenvolvimento dessas ações, havendo o envolvimento de 146 profissionais médicos ginecologistas (BELO HORIZONTE, 97). A incorporação destes profissionais na rede de serviços se deu tanto a partir de dois concursos públicos, como também pelo processo de municipalização, através do qual 29 unidades sob a gestão do Estado passaram a ser gerenciadas pela SMSA/PBH e pela contratação, via contrato administrativo, para aquelas categorias profissionais que já haviam incorporado todos os aprovados nos concursos públicos realizados.

Para o atendimento secundário (patologias do colo) a SMSA conta com mais de 200 vagas diárias, entre os ambulatórios dos Pronto Atendimentos Médicos (PAMs), Policlínicas, Maternidade Odete Valadares (MOV), Hospital Odilon Beherens (HOB), Mário Pena e Centro de Saúde Jardim Montanhês, que são distribuídas por uma central, via telefone, do centro de saúde de onde a mulher está sendo encaminhada.

Inicialmente as marcações para as consultas especializadas (nível de atenção secundária) eram feitas de tal forma que, para cada ligação que os centros de saúde faziam para a central, eram marcadas oito consultas para especialidades médicas, assim distribuídas: quatro são consultas de primeira vez, para especialidades diferentes; dois retornos, de qualquer especialidade; e duas consultas de odontologia.

Atualmente (1997), cada distrito sanitário tem, durante o dia, um horário determinado para realizar as ligações para a central de marcação, sendo que existem nove ramais para a realização deste atendimento. As consultas para as especialidades médicas são marcadas de acordo com a disponibilidade diária da agenda. As consultas de primeira vez são marcadas para até cinco dias úteis, com uma média de demora de oito dias úteis para a paciente ser atendida. Por exemplo, em março de 1996

a oferta de colposcopias era de 212 vagas, tendo sido marcados 126 exames: 106 para até cinco dias e 20 para até dez dias (SMSA/96).

Numa avaliação da produção de serviços na área de ginecologia/obstetrícia observa-se que o indicador de produtividade de consulta médica variou de 2,71 consultas/hora em 1994 para 2,66 consultas/hora em 1995. Os profissionais médicos da SMSA/PBH, após acordo entre o sindicato da categoria e a instituição, passaram a atender 12 consultas/dia, em 4 horas de trabalho.

Entre 1994 e 1995 a faixa etária de mulheres que mais freqüentava os serviços de saúde da rede municipal para consultas ginecológicas/obstétricas foi a de 20 a 39 anos, representando 24,43% do total em 1994 e 61,57% em 1995. Este aumento na procura para esta clínica pode ser explicado pela ampliação das atividades, como por exemplo, a inclusão do planejamento familiar, que é dirigido especialmente para esta faixa etária.

Dentre os diagnósticos mais freqüentes, destaca-se o controle do câncer de colo (9,55% em 1994 e 12,19% em 1995). Apesar de uma tendência crescente do controle do câncer de colo de útero realizado pelos serviços de saúde da SMSA/PBH, procedimento que utiliza tecnologia considerada simples e de baixo custo, a sua utilização sistemática ainda é baixa, não chegando a alcançar a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Mais de dois terços das consultas médicas de ginecologia/obstetrícia correspondiam a retorno (66,15% em 1994 e 70,43% em 1995), sendo que o encaminhamento para especialidades médicas representou 2,25%. Estes dados demonstram que, com a incorporação de tecnologia existente, determinando o perfil da organização dos serviços básicos de saúde, pode-se resolver, de forma satisfatória, os problemas de saúde relacionados à mulher.

Não se pode esquecer que estes são os problemas de saúde das mulheres que conseguiram, de alguma forma, chegar até a porta de entrada do sistema de saúde, que são as unidades básicas. Quantas são as outras que não tiveram esta sorte? Onde moram e o que fazem? E quais são as suas necessidades de saúde? Estas são questões ainda não respondidas.

A grande proporção de retornos para o profissional médico, representando dois terços das consultas, merece uma atenção maior. Há necessidade de se repensar a agenda destes profissionais e uma outra forma de organizar o processo de trabalho das equipes de saúde, com valorização do trabalho em grupo, possibilitando aumentar o acesso das mulheres às primeiras consultas, desfazendo-se a clientela cativa e possibilitando o atendimento universal.

Quanto à distribuição de leitos por especialidades, a rede hospitalar do SUS-BH destina 2,9% do total ao tratamento de oncologia, que conta com 227 leitos, distribuídos entre os hospitais Mário Pena, Maternidade Odete Valadares e Hospital das Clínicas, sendo que este último enfrenta atualmente uma das mais agravantes de todas as suas crises.

4.5.2 Organização dos serviços de prevenção e controle do câncer de mama e ginecológico no DISAO

No DISAO também podemos observar uma expansão dos serviços básicos de saúde capacitados para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer feminino de mama e ginecológico. Em 1992 apenas 7 deles participavam do programa, contando, em relação à força de trabalho, com 13 médicos ginecologistas. Hoje, todos os serviços básicos de saúde do DISAO (15 Centros de Saúde) já contam com incorporação da tecnologia apropriada, estando capacitados com 21 médicos ginecologistas, sendo que, destes, dois fazem extensão de jornada (mais uma jornada de trabalho de 4 horas) nos Centros de Saúde Salgado Filho e Havaí, além da equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde envolvidos.

A organização do serviço de diagnóstico por imagem com mamógrafo, no DISAO, se dá a partir do credenciamento de clínicas particulares, sendo que duas delas atendem apenas aos centros de saúde. A distribuição dos exames de mamografia por ginecologistas nos Centros de Saúde é, em média, de 15 exames/mês, representando 6,2% das consultas atendidas/mês. Estes encaminhamentos são realizados de acordo com a agenda pré determinada pelas clínicas credenciadas, possibilitando que as pacientes já saiam dos centros de saúde com data e horário dos exames marcados (SMSA, 1997).

Os encaminhamentos para o exame de mamografia do PAM Campos Sales (unidade de atenção secundária), que conta com especialistas para atendimento às patologias da mama (mastologistas), são para uma outra clínica particular credenciada, na qual é garantida uma média mensal de 120 exames e a paciente sai da consulta médica com o exame agendado.

Organizar a atenção à saúde, com a possibilidade de estabelecer contratos com serviços privados, se, por um lado, facilita ampliar o espectro de ações que não são realizadas pelos serviços próprios, por outro, exige do município uma atenção redobrada, no sentido de realizar o controle das contas a serem pagas a estes serviços e a avaliação das solicitações de exames pela rede de serviços sob a gestão da SMSA/PBH.

Os exames de ultra-sonografia pélvicos femininos (ginecológicos/obstétricos) são realizados em serviços próprios, e no

DISAO estes exames são realizados no PAM Campos Sales, onde existe um aparelho instalado. A média de exames de ultra-som pélvicos realizados no PAM Campos Sales é de 5 exames/dia, sendo que há uma cota mensal garantida (variável) para cada Centro de Saúde. A distribuição desses exames por Centro de Saúde depende do número de profissionais médicos ginecologistas existentes em cada unidade. O agendamento é realizado a partir do próprio centro de saúde, através de telefonema ao serviço de radiologia do PAM.

A descentralização das ações de prevenção e controle do câncer de mama e ginecológico para todos os serviços básicos de saúde do DISAO, além da integralidade com os outros níveis de atenção à saúde, possibilita maior garantia de acesso às mulheres a estes bens e serviços e, como consequência, a expansão da cobertura e maior possibilidade do controle efetivo destes tipos de câncer na mulher.

Para conhecer com mais propriedade quais as ações e como são realizadas nos serviços de saúde, foram elaboradas entrevistas direcionadas e individuais com os profissionais médicos e os gerentes de unidades básicas.

A decisão de entrevistar os gerentes assenta-se no fato de considerar seu importante papel como articulador das ações de saúde no âmbito da unidade básica, tanto no planejamento e execução dessas ações como na avaliação e controle da prestação de serviços da rede própria e privada. O gerente desempenha também papel importante junto aos conselhos locais de saúde, nas definições para o desenvolvimento das ações intersetoriais, constituindo-se em autoridade sanitária máxima da área de abrangência da unidade básica de saúde de sua responsabilidade. Considerando que as questões de saúde se relacionam com o meio em que vivemos, a vigilância sobre o ambiente e as condições de vida, assim como o reconhecimento das necessidades específicas dos diferentes grupos sociais, também têm que fazer parte do trabalho das equipes de saúde sob a coordenação do gerente.

Como parte desse trabalho, foram entrevistados 14 gerentes de unidades básicas e 19 profissionais médicos ginecologistas dos Centros de Saúde do DISAO.

4.6 A prevenção e controle do câncer de mama no DISAO

As ações de controle do câncer de mama normatizadas pelo Ministério da Saúde, compõem-se de três procedimentos principais, sendo que os serviços básicos de saúde são capazes de realizar dois deles: ensinar a técnica de realização do auto-exame de mama e o exame clínico das mamas. Para os exames complementares, é necessário o encaminhamento correto para os níveis secundários de atenção.

Assim, o atendimento às pacientes na clínica ginecológica tem que ser mais abrangente, enfatizando os fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de mama, com seguimento programado às mulheres mais expostas a estes riscos.

Embora o auto-exame seja um importante procedimento dentre as ações de controle e prevenção do câncer de mama e o profissional médico é quem está no atendimento clínico à paciente, verifica-se que 78,9% deles ainda não tinham sido convocados a participar de qualquer treinamento institucional sobre como ensinar a realização do auto-exame de mama. Desses, apenas 26,3% disseram que esse tipo de aprendizado faz parte de sua formação profissional, enquanto 31,6% responderam que os treinamentos institucionais nesta área privilegiam outras categorias que não médicos e, portanto, não foram convocados.

Na análise conjunta das entrevistas das categorias profissionais investigadas (gerentes e médicos) 60,6% responderam que todas as mulheres que são agendadas para a consulta ginecológica, independentemente da faixa etária, são submetidas às ações de prevenção e controle do câncer de mama. Outros 27,3% indicaram que tais ações somente são destinadas às mulheres com idades entre 35 e 40 anos.

Em relação à informação sobre como se realiza o auto-exame de mama, 78,8% responderam que as mulheres são informadas e 18,2% disseram que elas não são informadas. Em cerca de 42% dos casos essas informações são prestadas pelo médico, tarefa que em 12,1% dos casos é executada pela enfermagem. O trabalho é realizado, na sua maior parte (45,5%) de forma individual, seguido de 18,2% de trabalho em grupo e 15,2% em grupo e individual.

O exame clínico de mama foi respondido por 93,9% dos profissionais como sendo um procedimento realizado nos serviços básicos de saúde, e todos indicaram que solicitam exames complementares de mama para as mulheres atendidas na consulta ginecológica.

A mamografia e ultra-sonografia são solicitadas por 45,5% dos profissionais entrevistados, seguida por 18,2% de mamografia e 12,1% de citopatologia de mama, mamografia e ultra-sonografia. Nenhum desses exames é realizado nos próprios Centros de Saúde, havendo necessidade de encaminhamento.

4.7 A prevenção e controle do câncer cérvico-uterino no DISAO

O Ministério da Saúde estabelece que a faixa etária prioritária para o desenvolvimento das ações de prevenção é a de 25 à 60 anos,

devendo-se enfatizar as mulheres desta faixa etária que nunca realizaram exame preventivo na sua vida.

Para a detecção precoce de lesões pré-malignas ou neoplásicas em estágios menos avançados do epitélio cérvico-uterino, o método mais utilizado é a citologia esfoliativa do colo uterino, descrita desde 1941 por Papanicolaou. Esta técnica, que apresenta uma alta sensibilidade e especificidade, tem ainda como vantagens ser de baixo custo e de fácil realização e tem contribuído para a redução da mortalidade por câncer cérvico-uterino (ALVAREZ, 1967; CARDA, 1978).

Considerando que o câncer cérvico-uterino é potencialmente evitável, este parâmetro deve ser utilizado para a adoção de programas de prevenção que tenham como estratégia a prática do "screening" para a redução da mortalidade por esta forma de câncer, como parte das políticas de saúde que garantam a saúde integral da mulher.

Nos países do norte da Europa, a introdução da prática do "screening" no início dos anos sessenta assinalou uma redução importante da incidência do câncer cérvico-uterino, diferenciando-os daqueles países que não adotaram a mesma prática (LAARA, 1987).

Numa análise conjunta das duas categorias profissionais (gerentes e médicos) observamos que o grupo de mulheres que é submetido às ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino é composto, em sua maioria, por todas as que comparecem à consulta ginecológica (60,6%), seguido por todas as mulheres que tinham vida sexual ativa, independentemente da idade.

A periodicidade adotada para a realização do exame de Papanicolaou pelo Ministério da Saúde na ação de controle do câncer cérvico-uterino é que, após dois resultados negativos, com intervalo de um ano, passa-se a realizar novo exame a cada três anos.

Na composição da organização dos serviços básicos de saúde para as ações de prevenção e controle deste câncer no DISAO todos realizam consulta clínico-ginecológica, sendo que 75,8% destes profissionais responderam que as mulheres são orientadas a retomarem anualmente para realização de nova consulta. Da mesma forma, todos os serviços realizam teste de shiller e esfregaço para citologia cérvico-uterino, sendo que 90,9% responderam que as mulheres são orientadas a retomarem anualmente para a realização de nova citologia.

Como exame de maior complexidade, 87,9% responderam que as colposcopias não são realizadas nos Centros de Saúde e 12,1% não sabem responder, sendo estes, na sua maioria, gerentes. A impossibilidade para a realização deste procedimento nos serviços

básicos foi justificada principalmente por falta de equipamento apropriado (81,8%), seguida por 9,1% que entendem que este deve ser mesmo um procedimento referenciado para níveis de atenção mais complexos.

Portanto, os encaminhamentos para a realização das colposcopias são referenciados para atenção secundária, especialmente para o PAM Campos Sales (57,6%). O tempo necessário para o atendimento na unidade para onde foi encaminhado diferiu muito na percepção dos profissionais: 42,4% responderam que ele varia entre dez dias e um mês, enquanto mais de um terço (36,4%) não souberam especificar o tempo de espera.

Apenas 15,2% dos Centros de Saúde conseguem realizar biópsias. A falta de material e equipamentos adequados são responsáveis pela não realização de biópsias em 63,6% dos serviços, sendo que a maior parte dos profissionais (81,8%) respondeu que encaminha as pacientes para outras unidades de serviço. Neste caso, 51,5% são referenciadas para atenção secundária ambulatorial e 9,1% para referências hospitalares. O tempo necessário para a paciente ser atendida variou de até um mês (39,4%) e entre um e dois meses (60,6%).

Das atividades de intervenção, todos os serviços realizam tratamento de processos inflamatórios, e a orientação de tempo para retornar ao serviço de saúde para avaliação do tratamento varia entre 2 semanas (15,2%) e 1 a 2 meses (21,2%).

Para complementação diagnóstica e/ou tratamento, todos os serviços de saúde encaminham as pacientes, a maior parte para serviço ambulatorial de referência (48,5%), seguido pelos encaminhamentos tanto para serviços ambulatoriais (27,3%) quanto hospitalares (18,2%). Em relação ao tempo necessário para as pacientes serem atendidas na unidade para onde foram encaminhadas para estes procedimentos, 48,5% responderam até um mês, chamando a atenção o fato de que 42,4% dos profissionais não sabem estipular esse tempo. A maior parte das pacientes (72,7%) retomam ao Centro de Saúde, quando liberadas do centro de referência para onde foram encaminhadas.

Quando há necessidade de algum tipo de tratamento, 75,8% dos profissionais responderam que os serviços realizam seguimento dessas pacientes e apenas 15,2% não acompanham os casos tratados. O retorno das pacientes aos centros de saúde, no caso de necessidade de algum tratamento, na maioria dos casos (54,5%) depende da conduta médica do centro de referência para o qual elas foram encaminhadas.

As questões relacionadas ao seguimento das mulheres de acordo com o resultado do exame citológico estão apresentadas na Tabela 4.4

Tabela 4-4 Periodicidade adotada para seguimento das mulheres atendidas nos Centros de Saúde do DISAO, de acordo com o resultado do exame citopatológico, 1997

Resultados	Periodicidade							Total
	Anual	Semestral	Trimestral	Encaminhamento	Outro	Repete	Não Sabe	
Negativo	87,9	9,1	-	-	-	-	3	100
Atipias Inflatórias	18,2	21,3	-	-	33,3	-	27,3	100
Displasia Leve	-	-	18,2	27,3	24,2	-	30,3	100
Displasias Moderadas	-	-	12,1	30,3	36,3	-	27,3	100
Carcinoma "in situ"	-	3	6,1	48,8	20,9	-	21,2	100
Carcinoma invasivo	-	3	-	63,6	15,2	-	18,2	100
Insatisfatório/Inconclusivo	-	-	-	-	12,1	78,8	9,1	100

Fonte: Pesquisa de Campo, 1997

No que diz respeito ao resultado negativo para células neoplásicas, 87,9% dos profissionais responderam que o seguimento das mulheres é anual. Já o acompanhamento de atipias inflamatórias é realizado com uma periodicidade mais diversificada. Uma proporção elevada dos respondentes não soube especificar essa periodicidade, o mesmo ocorrendo para quase todos os outros tipos de resultados.

4.8 Considerações

Apesar de controvérsias a respeito da utilização do auto-exame de mama como um recurso na prevenção deste tipo de câncer, estudos demonstram que de dois grupos acompanhados de mulheres, um em que se ensinou o auto-exame de mama e o outro que funcionou como controle, o número de casos de câncer foi similar, sendo que no primeiro o índice de câncer precoce foi de 53,6% enquanto no segundo foi de 24,3%. Outro estudo revela que os 716 cânceres em mulheres que realizavam o auto-exame de mama, no período de 1979-1985, foram diagnosticados em estágios mais precoces, com um menor acometimento ganglionar e uma maior sobrevivência (CONDE, 1991).

O reconhecimento do auto-exame de mama como um recurso importante no contexto da prevenção do câncer de mama passa por compreender que este procedimento não pode ser visto como uma questão isolada. Ensinar o auto-exame de mama nos serviços básicos de saúde representa a adequação da mulher com uma parte do seu corpo e assim a possibilidade de uma maior preocupação, ao longo da sua vida, em estar procurando os exames hoje já disponíveis, para o auxílio na prevenção do câncer de mama.

O auto-exame de mama, apesar de não estar relacionado com o diagnóstico precoce de câncer, torna-se um procedimento importante para se ensinar a mulher, possibilitando adequar a paciente à sua mama e à percepção das mudanças das mesmas. Estudo realizado no serviço de mastologia do Hospital Mater Dei descreve que dentre as mulheres

que não apresentavam qualquer sintoma, 19% realizavam sempre o auto-exame de mama, enquanto que das sintomáticas, 27,4% realizavam sempre o auto-exame.

O trabalho de grupo como uma prática mais socializante deve ser incrementado para abordagem deste assunto. A participação de outros profissionais de saúde, configurando uma prática multiprofissional, passa a ser necessária em relação aos procedimentos de prevenção ao câncer.

Os exames complementares mais solicitados no DISAO para diagnóstico de patologias mamárias são a mamografia e ultra sonografia. O "screening" mamográfico, quando bem conduzido, é capaz de promover um impacto real na mortalidade por câncer de mama, demonstrando que pode diminuir em até 30% a mortalidade por essa causa. Além disso, contribui para um maior número de casos sem comprometimento axilar, desde que os laudos sejam esclarecedores e de boa qualidade.

Outra questão é a incorporação rotineira do exame clínico das mamas na consulta ginecológica, como prática na prevenção do câncer de mama, permitindo diagnósticos precoces. Apesar da limitação em detectar tumores menores do que 0,5 cm, o exame clínico, quando associado ao auto exame de mama, é capaz de diagnosticar 53% dos tumores em estágio I (menos avançado) (CONDE, 1991). Quando o exame clínico das mamas é incorporado como rotina na prática, este é um método diagnóstico capaz de detectar 88% dos casos de malignidade, constituindo-se como mais importante do que qualquer exame complementar.

Quando se analisa a mortalidade por câncer cérvico-uterino, pode-se destacar que a presença desta forma de câncer está relacionada com as condições sócio-econômicas de uma população (SILVA,1982). Isso porque a presença desta forma de câncer relaciona-se com o nível educacional das mulheres, considerando que o acesso às informações sobre as formas de prevenção e conhecimento sobre a doença são alguns dos fatores importantes no desenvolvimento desta forma de câncer.

O estabelecimento da periodicidade da realização do exame citológico e do grupo etário selecionado são questões que motivam discussões. Estudos revelam que a periodicidade anual reduz a incidência em 93,3%, entre mulheres com 20-64 anos; em 91,2% dos casos se a prova é realizada a cada três anos; e em 89,8% se o grupo etário está entre 25-64 anos (DAY,1989).

Sendo assim, propor o "screening" com uma periodicidade trienal, entre mulheres de 25-65 anos, parece razoável (BORRÁS, et al., 1997). Cabe ressaltar o esforço específico em promover a participação, nestes

programas, de mulheres com mais de 50 anos, pertencentes à classe social baixa (KOOPMANSCHAOP, 1990).

O câncer cérvico-uterino, para atingir os estágios mais invasivos, passa por fases bem definidas, de modo que o curso da doença pode ser interrompido em diversas oportunidades, sendo este prazo relativamente longo (SILVA, 1982). Para isso, o sucesso em relação às práticas de prevenção e controle desta forma de câncer está relacionado com a garantia de acesso universal das mulheres aos serviços básicos de saúde.

Quanto à capacidade de resolução dos serviços, fica claro que as ações desenvolvidas no DISAO limitam-se às atividades básicas e que os procedimentos mais complexos são encaminhados a outros níveis de atenção. Os encaminhamentos, na sua maior parte, se fazem segundo um fluxo já estabelecido, mas também funciona um fluxo informal, numa relação pessoal para outros serviços, dando às vezes continuidade ao trabalho do profissional, num nível mais complexo de atenção.

Em relação aos tratamentos de processos inflamatórios, estes, na sua maioria, são realizados pelos serviços de saúde, com seguimento das pacientes pelos profissionais.

As pacientes com resultados citológicos negativos são orientadas a retornarem anualmente para realização de nova citologia, sendo que de displasia leve, passando por moderada, carcinoma in situ e carcinoma invasivo, o encaminhamento para outras unidades se faz perceber, chamando a atenção a falta de uniformidade em relação ao seguimento, sendo que o retorno à unidade de saúde fica a critério do centro de referência.

Esta diversidade de condutas em relação ao seguimento das mulheres que necessitam de encaminhamento para unidades de maior complexidade demonstra a falta de protocolos para atendimento à mulher e também de uma avaliação sistemática da prática ginecológica, levando em conta o controle e prevenção do câncer feminino de mama e ginecológico, pela gerência de unidades básicas e grupo técnico do DISAO e SMSA/PBH.

O conhecimento dos casos em tratamento e o seguimento das pacientes deve ser fortificada com a prática de vigilância à saúde, estabelecendo parcerias cada vez mais estreitas com outros setores, assim como com outros serviços de maior grau de complexidade. Os centros de referências para atendimento por especialistas, ou para um nível mais complexo de atenção à saúde, devem ser entendidos como uma ação pontual, sendo que ao nível primário (unidades básicas) cabe a responsabilidade de acompanhamento destas pacientes.

5. CONCLUSÕES

De acordo com os resultados, pode-se concluir que em Belo Horizonte, para o período 1981-1995, a taxa de mortalidade por câncer de mama variou de 20/100000 para 23/100000. Em 1995, a mortalidade proporcional feminina por câncer, segundo as principais localizações anatômicas, revelou que o câncer de mama participou com 17% dos óbitos, seguido pelos cânceres de estômago (7%), cérvico-uterino (5,5%), pulmão (5,3%) e útero (5,2%).

No DISAO, em relação aos óbitos femininos, observa-se que, em 1995, o câncer ocupou a posição de segunda principal causa de morte. Quando esses óbitos são distribuídos por localização anatômica, pode-se verificar que o câncer de mama ocupou a segunda posição, com 11% dos casos, seguido pelos cânceres de ovário (5,5%), estômago (5,5%) e útero (4,5%). As maiores razões de mortalidade feminina por câncer no DISAO em 1995 foram registradas para as áreas de abrangência dos Centros de Saúde Betânia, Vila Imperial e Waldomiro Lobo e as menores foram observadas nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde Ventosa e Havái.

No contexto das ações de prevenção e controle do câncer de mama e ginecológico desenvolvidos pelos serviços de saúde do DISAO, considerando as entrevistas dos profissionais médicos ginecologistas e gerentes, a organização dos serviços é dirigida, na sua maior parte (60,6%) para atendimento a todas as mulheres que procuram os Centros de Saúde para consultas clínico-ginecológicas, independente da faixa etária e história anterior de realização de exames de prevenção.

O procedimento adotado pelos serviços de saúde do DISAO, em relação à população de mulheres atendida para realizar o exame de prevenção de câncer de colo de útero e mama, nos remete a questões que devem ser objeto de análises mais profundas. São estas as mulheres na população que apresentam maior risco para desenvolver câncer de colo de útero e mama? Qual é o perfil dos resultados dos exames de prevenção de colo de útero em relação às patologias associadas? Qual a faixa etária das mulheres que procuram os serviços de saúde para prevenção? Elas são bem informadas em relação à prevenção? Constituem um grupo capaz de discutir com as mulheres vizinhas ou outras, da família ou do trabalho, sobre importância da prevenção? É observado um deslocamento das faixas etárias jovens que procuram os serviços de saúde (adolescentes), este grupo tem alguma especificidade em relação às ações de prevenção pelos serviços?

Há também necessidade de acompanhamento sistemático dessas pacientes, com uma maior interação entre os diversos níveis de atenção e do estabelecimento da referência e contra-referência como prática

cotidiana, a fim de informar todos os procedimentos realizados, facilitando a tomada de decisão mais acertada para os casos e, como consequência, a possibilidade de maior sucesso no controle da doença.

Para isso, a prioridade é ampliar cada vez mais a oferta de serviços ginecológicos à população, incluindo aí o exame de Papanicolau para detecção de lesões pre-neoplásicas. Esta é uma medida comprovadamente eficaz para controle do câncer de colo de útero. Além disso, a popularização do auto exame de mama, com a incorporação do exame clínico das mamas como rotina na consulta, são procedimentos que integram o elenco das principais ações de controle desse tipo de câncer. Estes exames são de baixo custo operacional e incorporados em todos os serviços básicos de saúde da SMSA/PBH.

Outra questão importante é a mudança no processo de trabalho dos profissionais de saúde, com estabelecimento, de fato, da co-responsabilidade com a saúde das mulheres. Para isso é importante incorporar na sua prática cotidiana a integralidade da assistência, assim como o seguimento do processo de doença, na perspectiva de uma maior agilidade nas ações e tomada de decisão. O tempo é um elemento determinante no sucesso, ou não, do tratamento do câncer de mama e colo de útero.

6. SUMMARY

The objective of the work was to study the feminine mortality for both, breast and gynecological cancer, in the Distrito Sanitário Oeste - DISAO (1995) and, secondarily, in the municipal district of Belo Horizonte (1981-1995), taking into consideration the organization, the availability and the access to the services of health that promote the prevention and the control of those diseases.

The data sets used in this work came from two main sources of information. The first one provided the data originated from the statistics of the Civil Registration of the municipal district of Belo Horizonte and of DISAO, relative to the feminine deaths for breast and gynecological cancer. The population data sets used for calculation of estimates were provided by the Demographic Censuses of 1980, 1991 and 1996, supplied by the "IBGE", the Brazilian Bureau of Census. The second one was constituted of primary data, collected from the application of specific questionnaires, especially elaborated for this work, answered by the professionals responsible for the gynecological clinics in the Centers of Health of DISAO.

In order to evaluate the prevention actions and the control of the breast and cervix cancer, a qualitative methodology was used, through interviews with the medical professionals (gynecologists) and managers of the basic services of health of DISAO.

Among the feminine deaths for cancer, in DISAO, the breast cancer represented the second main death cause and the uterus cancer occupied the fifth position.

The results demonstrated that, in Belo Horizonte, the mortality rate for breast cancer during the period 1981-1995 had increased from 20/100000 to 23/100000. For the same period, there was a slight increase on death rates for cervix cancer, from 7/100000 to 8/100000.

The results showed here can contribute to the (re)organization of the project of the prevention actions and the control of the breast and gynecological cancer, that can be found in all services of health of the municipal district of Belo Horizonte.

The expansion of the basic services of prevention of the main types of feminine reproductive cancer, through the incorporation of technologies, the systematic clinical exam and the educational process are simple tools capable to allow to women a longer lifetime.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIRRE, A. Transición epidemiológica de la mortalidad Infantil en Brasil y en América Latina. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambú. *Anais.* Belo Horizonte : ABEP, 1996. p.1895-1908.
- ALMAZÁN, C. et al. Aproximación a la utilización de la mamografía de cribado en dos regiones sanitarias. *Publicacion Oficial de la Sociedad Espanola de Medicina da Familia y Comunitaria.* v. 15, n. 7, 1995.
- ALVAREZ, A. R. Estudo epidemiológico y clínico de 987 casos de câncer cervico-uterino. *Gac. Méd.* n. 97, p. 468.
- ARMSTRONG, R. W. Geographical aspects of cancer incidence in Southeast Asia. *Soc. Sci & Med.* v.14, n.3, p. 299-306, 1981.
- AZEVEDO, G. & MENDONÇA, S. Câncer na população feminina brasileira. *Revista de Saúde Pública,* v.27, n.1, p. 68-75, 1993.
- BARATA, R. B. *Avaliação dos sistemas locais de saúde : a perspectiva da epidemiologia.* Washington : OPS, 1990.
- & BARRETO, M. B. Algumas questões sobre o desenvolvimento da epidemiologia na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva,* v. 1, n. 1, p. 70-79, 1996.
- BARRETO, M. B. & CARMO, E. H. Situação de saúde da população brasileira : tendências determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS,* v.3, n. 3-4, p. 5-34, 1994.
- et al. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva.* v. 3, n. 1, p. Inicial-final?, 1993.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Planejamento. Informações gerais sobre o município de Belo Horizonte. In : ----- . *Plano Diretor de Belo Horizonte :* lei do uso do solo, estudos básicos. Belo Horizonte : SMP, 1995.
- *Plano Diretor de Belo Horizonte,* 1993-1995. Belo Horizonte : SMP, 1993-1995.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção a Saúde da Mulher. *Rastreamento do câncer de cervico-uterino*. Belo Horizonte : SMS, 1992. 15 p. (mimeo).

----- . *Relatório de Atividades* ; 1995. Belo Horizonte : SMS, 1996. 109 p.(mimeo).

----- . *Portaria SMSA/SUS - BH n. 004/95 de 02 Fev. 1995*. Estabelece o fluxo das declarações de óbitos no âmbito de Belo Horizonte. *Minas Gerais*, Belo Horizonte, 04-02-1995. Publicações de terceiros.

----- . Recursos Humanos. *Quadro resumo da força de trabalho*. Belo Horizonte, 1997. 15 p. (mimeo).

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Distrito Sanitário Oeste. Departamento de Controle e Avaliação. *Quadro resumo dos exames por imagem na mulher*. Belo Horizonte, 1997. (mimeo)

BENTO, R.S.S. Tendência e magnitude da mortalidade por câncer de mama no município de São Paulo : 1970-1992. São Paulo : USP/Faculdade de Saúde Pública, 1996. 64p. (Tese de mestrado em Saúde Pública).

BORRÁS, J. M. et al. Estratègia de prevenció i control del càncer a Catalunya. In: EPIDEMIOLOGIA i prevenció del càncer a Catalunya, 1975-1992. Barcelona : Institut Català d'Oncologia, 1997. p. 319-374.

BORRÁS, J. M. et al. Las fuentes de información sobre el càncer. *Publicacion Oficial e la Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. v. 16, n. 8, 1995.

BORREL, C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em Saúde. In: BARATA, R. B. (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro : ABRASCO, 1997. p. 167-195.

BOSCH, F. X. et al. El càncer i els seus factors de risc a Catalunya : anàlisi global. In: EPIDEMIOLOGIA i prevenció del càncer a Catalunya, 1975-1992. Barcelona : Institut Català d'Oncologia, 1997.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição : Republica Federativa do Brasil*, 5 de Outubro de 1988. Brasília : Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle do câncer cervico-uterino e de mama*. Brasília : Ministério da Saúde, 1989. 30 p. (Normas e manuais técnicos)

- CARDA APARICE, P. et al. Lucha total contra el cáncer. *Rev. Sanid. Hig. Publ.* n. 52, p. 185-8. 1978.
- CARMONA, F. *Estimaciones de la mortalidad por cáncer en 1980*. 11p. (mimeo). (Trabalho apresentado no SEMINARIO DE REGISTRO DE CÁNCER EN AMÉRICA LATINA, Cali, Colômbia, 1969)
- CARNEIRO, B. G. V. *Distrito sanitário e território : construindo a descentralização no município de Belo Horizonte*. Rio de Janeiro : ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, 1995. 176 p. (Tese de Mestrado em Saúde Pública).
- CARVALHO, J. A. M. de, PAIVA, P. T. A. & SAWYER, D. R. *A recente queda da fecundidade no Brasil : evidências e interpretação*. Belo Horizonte : UFMG/Cedeplar, 1981. 65 p.
- CONDE, M.A.R. Diagnostico temprano del cancer de mama. Importancia de la educacion sanitária. *Revista Bimestral Hispano - Americana de Obstetricia y Ginecologia*. v.22, n.2, p.91-100, 1991.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1987, Brasília. *Anais...* Brasília : Ministério Da Saúde, 1987. (Relatório Final)
- DAY, N. Screening for cancer of the cervix. *J. Epidemiol Community Health*. n. 43, p. 103-6, 1989.
- DOMÍNGUES, C. O. *Análisis de tendencias temporales en la incidencia de cancer en Tarragona 1980-1989*. Bellaterra : Universidad Autónoma de Barcelona, 1992. 109 p. (Tesina del Máster en Metodologia de las Ciencias de la Salud).
- DUCHIADE, M. P. População brasileira : um retrato em movimento. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Os muitos brasis : saúde e população na década de 80*. São Paulo ; Rio de Janeiro : ABRASCO, 1995. p. 14-56
- FONSECA, L. A. M., A evolução das doenças neoplásicas. In: MONTEIRO, C. A., *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo : Hucitec, 1995. p.268-78.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO/CENTRO DE ESTATÍSTICA E INFORMAÇÃO. *Sistema de informação sobre mortalidade: 1995*. Belo Horizonte.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/CENEPI/DATASUS. *Informações sobre mortalidade: 1979-1995*. Brasília : Ministerio da Saude/FNS, 1996. (CD-ROM versão 1.61)

- GOULART, F. A. de A. *Municipalização : veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro : ABRASCO ; CONASEMS, 1996. 116 p.
- IBGE. *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro : IBGE, 1970, 1991.
- IZQUIERDO, M. A., et al. La percepción del cáncer y de su prevención en mujeres Girona. *Med Clin*. n. 107, p. 24-9, 1996.
- JOSÉ, F. X. B. *Epidemiologia del carcinoma del cuello uterino : fatores de riesgo en dos poblaciones de alta e baja incidencia*. Bellaterra : Universidad Autónoma de Barcelona. 1990. (Tesis doctoral).
- KELSEY, L. J. , GAMMON, M. D. & JONH, E. M. Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol. Rev.* n. 15, p. 36-47. 1993.
- KLEINBAUM, D. G., LAWRENCE, L. K. & MULLER, K. E. *Applied regression analysis and other multivariable methods*. Chapel Hill : University of North Carolina ; Duxbury, 1987.
- KOIFMAN, S. Incidência de câncer no Brasil. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *Os muitos brasis : saúde e população na década de 80*. São Paulo ; Rio de Janeiro : ABRASCO, 1995.
- KOOPMANSCHAP, M. A., et al. Cervical cancer screening : attendance and cost-effectiveness. *Int. J. Cancer*. n. 45, p. 410-5, 1990.
- LAARA, E., DAY, N. & HAKAMA, M. *Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries : association with organized screening programs*. *Lancet*, n.8544, p. 1247-9, 1987.
- LOVETT, A. A., BENTHAM, C. G. & FLOWERDEW, R. *Analyzing geographic variations in mortality using Poisson regression : the example of ischaemic heart disease in England and Wales 1969-1973*. *Soc. Sci. Med.*, v.23, n.10, p.935-43, 1986.
- MACHADO, C. J., RIGOTTI, J. I. R, Esperança de vida e causas de morte em Belo Horizonte e na periferia da região metropolitana de Belo Horizonte: 1985-1990. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambú. *Anais...* Belo Horizonte : ABEP, 1996. p. 2017-2051.
- MARQUES, Y. L. & MONTE-MÓR, R. L. Belo Horizonte : metropolização, meio ambiente e qualidade de vida. In: SOUZA, R. P. & Nehmy, R. Q. (org.) *Belo Horizonte : espaços e tempos em construção*. Belo Horizonte : UFMG/Cedeplar ; PBH, 1994, p. 79-93.

MARTINE, G. *População, meio ambiente e desenvolvimento : verdades e contradições*. Campinas : UNICAMP, 1993.

----- . *Processos recentes de concentração e desconcentração urbana no Brasil : determinantes e implicações*. Brasília : Instituto Sociedade, População e Natureza, 1992. (INPN documento ; 11)

MENDES, E. V. *O consenso do discurso e o dissenso da prática social : notas sobre a municipalização da saúde no Brasil*. São Paulo, 1991. 11 p. (mimeo).

----- . *O processo de construção da Sistema Único de Saúde : reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária*. Brasília, 1992. (mimeo).

----- . O processo social da distritalização da saúde. In: MENDES, E. V.(org.) *Distrito sanitário : o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo : Hucitec, 1993. 310 p.

MINAS GERAIS. *Resolução Conjunta n. 001/94 - 13 Dez. 1994*. Estabelece o fluxo das declarações de óbitos no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte : Minas Gerais, parte 1, 05 Jan.1995.

MONTE-MÓR, R. L. et al. Belo Horizonte : a cidade planejada e a metrópole em construção. In: SOUZA, R. P. & NEHMY, R. Q.(orgs.) *Belo Horizonte : espaços e tempos em construção*. Belo Horizonte : UFMG/Cedeplar ; PBH, 1994, p. 11-27.

MULLER, K.E., KUPPER, L.L. & KLEINBAUM, D.G. . *Aplied regression analysis and other multivariable methods*. Chapell Hill : University of North Carolina, 1987.

NACIONES UNIDAS. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Intenacionales. La población del mundo para fines de siglo. *Estudios Demográficos*, n. 111, 1989

NEGRI, E. et al. Projections to the end of the century of mortality from major cancer sites in Italy. *Tumori*. n. 76, p. 420-28, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Deaths from brest cancer. *Wkly epidemio. rec.*, n.69 p.185-188, 1994.

----- . *Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos : revisão 1975*. São Paulo : OMS, 1978. 2 v.

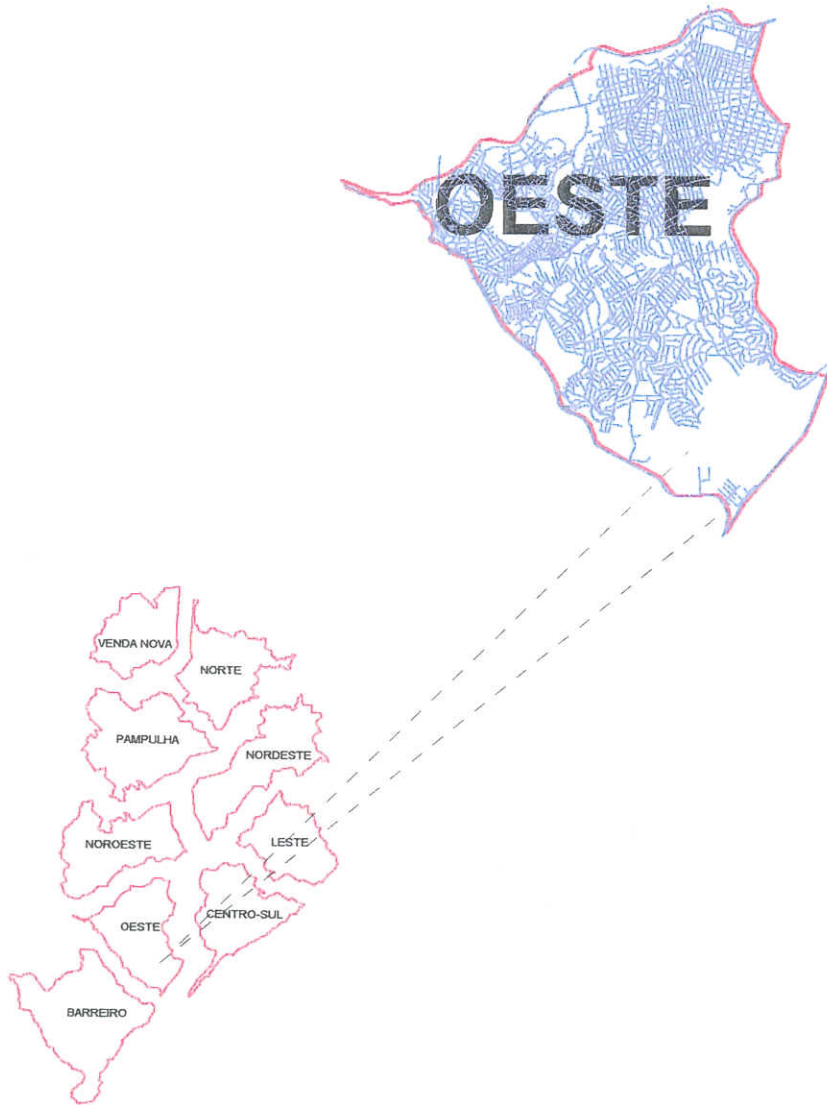
- PASTORELO, E. F. *Políticas de saúde, características do atendimento e mortalidade por câncer : estudo de caso no município de São Paulo.* São Paulo : USP/Faculdade de Saúde Pública, 1991, 81 p. (Tese de Doutorado em Saúde Pública).
- PAULA, S. G. *Morrendo à toa : causas de mortalidade no Brasil.* São Paulo : Ática, 1991.
- PERCY, C. & MUIR, C. International comparability of cancer mortality data results of an international death certificate study. *Am. J. Epidemiol.*, n.129, p. 934-46, 1989.
- ROBBINS, S. L. *Patologia estrutural e funcional.* Rio de Janeiro : Interamericana, 1974. 1422 p.
- RODRIGUES, R. N., O Brasil rumo a um novo padrão demográfico. In: LEAL, M. C. et al. (orgs.) *Saúde, ambiente e desenvolvimento.* São Paulo : Hucitec ; ABRASCO, 1992. p. 117-126.
- SANCHÉS, V. et al. La mortalitat per càncer a Catalunya In : BORRÁS, J.M. et al. (orgs) *Epidemiologia i prevenció del càncer a Catalunya, 1975-1992.* Barcelona : Institut Català d'Oncologia, 1997. p.163-215. (?Nome do 1. Autor)
- SANTOS, M. Belo Horizonte. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 15 de Jun.1997. Caderno de Economia. p. 5.
- SCHRAIBER, L. B. Introdução: programação em saúde hoje: a força do debate. In: SCHRAIBER, L. B. (org.) *Programação em saúde hoje.* São Paulo : HUCITEC, 1993. p. 11-35
- SILVA, M. G. C. *Câncer em Fortaleza : morbidade e mortalidade no período 1978-80.* São Paulo: USP/Faculdade de Saúde Pública/Departamento de Epidemiologia, 1982. 184 p.(Dissertação de Mestrado em Saúde Pública)
- SOUZA, J. M. P. et al. Proportional cancer incidence according to selected sites-comparison between residents in the city of São Paulo, Brazil : Japanese and Brazilian/Portuguese descent. *Revista de Saúde Pública*, v.25, n.3, p.188-92, 1991.
- UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In : MENDES, E. V. (org.) *Distrito sanitário : o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo : Hucitec, 1994. p. 221-235.

----- et al. Acesso aos serviços de saúde : uma abordagem de geografia em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, v.21, n.5, p.439-46, 1987.

VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos* : saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro : Relume Dumará ; UERJ, 1994. 234 p.

Anexo 1 Divisão de Belo Horizonte em Administrações Regionais

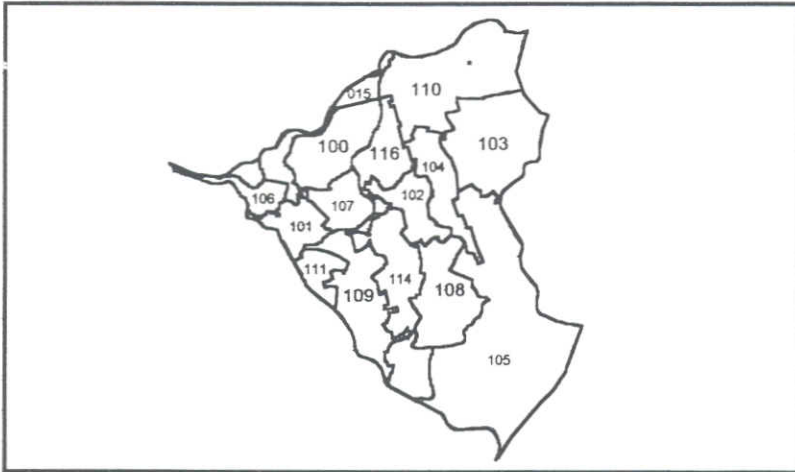
Divisão de Belo Horizonte em Administrações Regionais



Anexo 2 Distrito Sanitário Oeste - PBH

Áreas de Abrangência das Unidades de As

Distrito Sanitário Oeste - PBH
Áreas de Abrangência das Unidades de saúde



015	C.S. Waldomiro Lobo
100	C.S. Cabana
101	C.S. Cícero Ildfonso
102	C.S. Salgado Filho
104	C.S. Ventosa
105	C.S. Vila Leonina
106	C.S. Vila Imperial
107	C.S. Vista Alegre
108	C.S. Havai
109	C.S. Betânia
110	C.S. Noraldino Lima
111	C.S. Conjunto Betânia
114	Pol. Amílcar Vianna Martins
116	C.S. Jayme Gomes
103	C.S. São Jorge

* PAM / URGÊNCIA 24 HORAS

Anexo 3 Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE MEDICINA VETERINÁRIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA PREVENTIVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MORTALIDADE FEMININA POR CÂNCER DE MAMA E
GINECOLÓGICO,
DISTRITO SANITÁRIO OESTE, 1995 - BELO HORIZONTE

Patrícia Maria Fonseca Escalda

QUESTIONÁRIO

Nome do Centro de Saúde:
Data da Entrevista:
Nome do(a) Entrevistado(a):
Cargo:
Especialidade:

Início:
Término:

Vou começar a entrevista perguntando sobre algumas questões gerais relacionadas ao atendimento de mulheres para a prevenção e controle do câncer de colo de útero e mama, neste Centro de Saúde.

1. Para as ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero e mama, qual a população alvo atendida por este Centro de Saúde?
 - a) 1) Mulheres na faixa etária de 25-60 anos.
 - b) Mulheres na faixa etária de 15-60 anos.
 - c) Mulheres em outras faixas etárias.
 - d) Mulheres que são agendadas para consulta ginecológica, independente da faixa etária.
 - e) Outra.

2. Qual a periodicidade com que estas ações de prevenção do câncer de colo de útero e mama são realizadas neste Centro de Saúde?
 - a) Semestralmente.
 - b) Anualmente.
 - c) Bianual.
 - d) Triannual.
 - e) Outra.

3. Quais são os exames de prevenção de câncer de colo de útero e mama que são realizados neste Centro de Saúde?
 - a) Exame clínico ginecológico e de mama.
 - b) Exame de Papanicolau.
 - c) Treinamento da clientela feminina para auto-exame de mama.
 - d) Tratamento e controle dos processos inflamatórios associados.
 - e) Outros.

4. Você já participou de algum treinamento institucional sobre como ensinar a realização do auto-exame de mama?

- a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 06.**
- b) Não.

5. Por quê?

- a) O Centro de Saúde não ensina esses procedimentos às mulheres atendidas.
- b) Esses procedimentos são ministrados por outro pessoal do Centro de Saúde.
- c) O aprendizado desses procedimentos fazem parte da minha formação profissional.
- d) Outro motivo.

.....

Agora vamos conversar um pouco sobre questões específicas relacionadas ao atendimento de mulheres para a prevenção e controle do câncer de colo de útero.

6. Qual grupo de mulheres é submetido às ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero neste Centro de Saúde?

- a) Mulheres que iniciaram atividade sexual em idade precoce.
- b) Mulheres com multiplicidade de parceiros (ambos os sexos).
- c) Mulheres com história de doenças sexualmente transmissíveis.
- d) Mulheres com baixo nível sócio-econômico.
- e) Mulheres que têm hábito de fumar.
- f) Mulheres com carências nutricionais.
- g) Outro motivo.

7. Neste Centro de Saúde são realizadas consultas clínico-ginecológicas?

- a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 12.**
- b) Não.

8. Por quê?

.....
.....
.....

9. Neste caso, a mulher é encaminhada a outro Centro de Saúde ou Unidade de Serviço?

- a) Sim.
- b) Não. → **PASSE PARA A QUESTÃO 13.**

10. Para qual Centro de Saúde ou Unidade de Serviço a mulher é encaminhada?

- a) Centro de Saúde
.....
- b) Unidade de Serviço
.....

11. Em média, quanto tempo depois a mulher será atendida no Centro de Saúde ou Unidade de Serviço para onde foi encaminhada?

- a) Menos de sete dias.
- b) Entre sete e dez dias.
- c) Entre dez e quinze dias.
- d) Entre quinze dias e um mês.
- e) Entre um e dois meses.
- f) Mais de dois meses.

12. Depois de quanto tempo a mulher é orientada para voltar a este Centro de Saúde e realizar consulta clínico-ginecológica?

- a) Semestralmente.
- b) Anualmente.
- c) Bianual.
- d) Triannual.
- e) Outra.

13. Neste Centro de Saúde são realizados esfregaço para citologia cérvico-vaginal?

- a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 18.**
- b) Não.

14. Por quê?

.....
.....
.....
.....

15. Neste caso, a mulher é encaminhada a outro Centro de Saúde ou Unidade de Serviço?

- a) Sim.
- b) Não. → **PASSE PARA A QUESTÃO 19.**

16. Para qual Centro de Saúde ou Unidade de Serviço a mulher é encaminhada?

- a) Centro de Saúde
.....
- b) Unidade de Serviço
.....

17. Em média, quanto tempo depois a mulher será atendida no Centro de Saúde ou Unidade de Serviço para onde foi encaminhada?

- a) Menos de sete dias.
- b) Entre sete e dez dias.
- c) Entre dez e quinze dias.
- d) Entre quinze dias e um mês.
- e) Entre um e dois meses.
- f) Mais de dois meses.

18. Depois de quanto tempo a mulher é orientada para voltar a este Centro de Saúde para citologia de esfregaço cérvico-vaginal?

- a) Semestralmente.
- b) Anualmente.
- c) Bianual.
- d) Triannual.
- e) Outra.

19. Neste Centro de Saúde é realizado o teste de Schiller?

- a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 24.**
- b) Não.

20. Por quê?

.....
.....
.....
.....

21. Neste caso, a mulher é encaminhada a outro Centro de Saúde ou Unidade de Serviço?

- a) Sim.
- b) Não. → **PASSE PARA A QUESTÃO 24.**

22. Para qual Centro de Saúde ou Unidade de Serviço a mulher é encaminhada?

- a) Centro de Saúde
.....
- b) Unidade de Serviço
.....

23. Em média, quanto tempo depois a mulher será atendida no Centro de Saúde ou Unidade de Serviço para onde foi encaminhada?

- a) Menos de sete dias.
- b) Entre sete e dez dias.
- c) Entre dez e quinze dias.
- d) Entre quinze dias e um mês.
- e) Entre um e dois meses.
- f) Mais de dois meses.

24. Neste Centro de Saúde são realizadas colposcopias?

- a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 29.**
- b) Não.

25. Por quê?

.....
.....
.....

26. Neste caso, a mulher é encaminhada a outro Centro de Saúde ou Unidade de Serviço?

- a) Sim.
- b) Não. → **PASSE PARA A QUESTÃO 29.**

27. Para qual Centro de Saúde ou Unidade de Serviço a mulher é encaminhada?

- a) Centro de Saúde
.....
- b) Unidade de Serviço
.....
- c) Não sabe

28. Em média, quanto tempo depois a mulher será atendida no Centro de Saúde ou Unidade de Serviço para onde foi encaminhada?

- a) Menos de sete dias.
- b) Entre sete e dez dias.
- c) Entre dez e quinze dias.
- d) Entre quinze dias e um mês.
- e) Entre um e dois meses.
- f) Mais de dois meses.
- g) Não sabe.

29. Neste Centro de Saúde são realizadas coletas de material para realização de histopatologias?

- a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 34.**
- b) Não.

30. Por quê?

.....
.....
.....

31. Neste caso, a mulher é encaminhada a outro Centro de Saúde ou Unidade de Serviço?

a) Sim.

b) Não. → **PASSE PARA A QUESTÃO 34.**

32. Para qual Centro de Saúde ou Unidade de Serviço a mulher é encaminhada?

a) Centro de Saúde

.....

b) Unidade de Serviço

.....

c) Não sabe

33. Em média, quanto tempo depois a mulher será atendida no Centro de Saúde ou Unidade de Serviço para onde foi encaminhada?

a) Menos de sete dias.

b) Entre sete e dez dias.

c) Entre dez e quinze dias.

d) Entre quinze dias e um mês.

e) Entre um e dois meses.

f) Mais de dois meses.

g) Não sabe.

34. Neste Centro de Saúde são realizados tratamentos dos processos inflamatórios?

- a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 39.**
- b) Não.

35. Por quê?

.....
.....
.....
.....

36. Neste caso, a mulher é encaminhada a outro Centro de Saúde ou Unidade de Serviço?

- a) Sim.
- b) Não. → **PASSE PARA A QUESTÃO 40.**

37. Para qual Centro de Saúde ou Unidade de Serviço a mulher é encaminhada?

- a) Centro de Saúde
.....
- b) Unidade de Serviço
.....
- c) Não sabe

38. Em média, quanto tempo depois a mulher será atendida no Centro de Saúde ou Unidade de Serviço para onde foi encaminhada?

- a) Menos de sete dias.
- b) Entre sete e dez dias.
- c) Entre dez e quinze dias.
- d) Entre quinze dias e um mês.
- e) Entre um e dois meses.
- f) Mais de dois meses.
- g) Não sabe.

39. Depois de quanto tempo a mulher é orientada para voltar a este Centro de Saúde para tratamento de processos inflamatórios e displásicos?

- a) Semestralmente.
- b) Anualmente.
- c) Bianual.
- d) Triannual.
- e) Outra.

40. Este Centro de Saúde realiza encaminhamento para clínica especializada, dos casos indicados para complementação diagnóstica e/ou tratamento?

- a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 42.**
- b) Não.

41. Por quê?

.....
.....
.....

42. Para qual Clínica Especializada ou Unidade de Serviço a mulher é encaminhada?

a) Clínica Especializada

.....

b) Unidade de Serviço

.....

c) Não sabe

43. Em média, quanto tempo depois a mulher será atendida na Clínica Especializada ou Unidade de Serviço para onde foi encaminhada?

a) Menos de sete dias.

b) Entre sete e dez dias.

c) Entre dez e quinze dias.

d) Entre quinze dias e um mês.

e) Entre um e dois meses.

f) Mais de dois meses.

g) Não sabe

44. Depois de quanto tempo a mulher é orientada para voltar a este Centro de Saúde para acompanhamento dos casos indicados para complementação diagnóstica ou tratamento?

a) Semestralmente.

b) Anualmente.

c) Bianual.

d) Triannual.

e) Outra.

45. Este Centro de Saúde realiza controle dos casos negativos?

a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 47.**

b) Não.

46. Por quê? → **ANOTE A RESPOSTA E PASSE PARA A QUESTÃO 48**

.....
.....
.....

47. Em média, quanto tempo depois a mulher é orientada para voltar a este Centro de Saúde e repetir os exames para controle e tratamento do câncer cérvico-uterino?

- a) Semestralmente.
- b) Anualmente.
- c) Bianual.
- d) Trianual.
- e) Outra.

48. Este Centro de Saúde realiza o seguimento dos casos tratados?

- a) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 50.**
- b) Não.

49. Por quê?

.....
.....
.....

50. Em média, quanto tempo depois a mulher é orientada para voltar a este Centro de Saúde para seguimento dos casos tratados?

- a) Semestralmente.
- b) Anualmente.
- c) Bianual.
- d) Triannual.
- e) Outra.

51. Qual a periodicidade adotada por este Centro de Saúde para seguimento de mulheres com resultado citopatológico negativo para células neoplásicas?

- a) Semanal.
- b) Quinzenal.
- c) Mensal.
- d) Trimestral.
- e) Semestral.
- f) Anual.
- g) Outra.

52. Qual a periodicidade adotada por este Centro de Saúde para seguimento de mulheres com resultado citopatológico com atipias inflamatórias?

- a) Semanal.
- b) Quinzenal.
- c) Mensal.
- d) Trimestral.
- e) Semestral.
- f) Anual.
- g) Outra.

53. Qual a periodicidade adotada por este Centro de Saúde para seguimento de mulheres com resultado citopatológico com displasia leve?

- a) Semanal.
- b) Quinzenal.
- c) Mensal.
- d) Trimestral.
- e) Semestral.
- f) Anual.
- g) Outra.

54. Qual a periodicidade adotada por este Centro de Saúde para seguimento de mulheres com resultado citopatológico com displasia moderada?

- a) Semanal.
- b) Quinzenal.
- c) Mensal.
- d) Trimestral.
- e) Semestral.
- f) Anual.
- g) Outra.

55. Qual a periodicidade adotada por este Centro de Saúde para seguimento de mulheres com resultado citopatológico com displasia acentuada ou carcinoma in situ?

- a) Semanal.
- b) Quinzenal.
- c) Mensal.
- d) Trimestral.
- e) Semestral.
- f) Anual.
- g) Outra.

56. Qual a periodicidade adotada por este Centro de Saúde para seguimento de mulheres com resultado citopatológico com diagnóstico de carcinoma invasivo?

- a) Semanal.
- b) Quinzenal.
- c) Mensal.
- d) Trimestral.
- e) Semestral.
- f) Anual.
- g) Outra.

57. Qual a periodicidade adotada por este Centro de Saúde para seguimento de mulheres com resultado citopatológico com diagnóstico inconclusivo ou insatisfatório?

- a) Semanal.
- b) Quinzenal.
- c) Mensal.
- d) Trimestral.
- e) Semestral.
- f) Anual.
- g) Outra.

Agora vamos conversar um pouco sobre questões específicas relacionadas ao atendimento de mulheres para a prevenção e controle do câncer de mama.

58. Qual grupo de mulheres é submetido às ações de prevenção e controle do câncer de mama neste Centro de Saúde?

- a) Mulheres com história familiar de câncer mamário.
- b) Mulheres que tiveram a primeira gestação tardia.
- c) Mulheres multíparas.
- d) Mulheres com disfunções hormonais.
- e) Mulheres com história de patologia mamária benigna (displasias mamárias).
- f) Mulheres obesas.
- g) Mulheres com menarca precoce.
- h) Mulheres com menopausa tardia.
- i) Mulheres com não-lactação.
- j) Mulheres com alimentação rica em gorduras.
- k) Mulheres que sofreram exposição a radiações ionizantes.
- l) Outras.

59. As mulheres que procuram este Centro de Saúde são informadas de como se realiza o auto-exame de mama?

- 1) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 61.**
- 2) Não.

60. Por quê?

.....
.....
.....

61. Qual o profissional de saúde que ensina às mulheres como fazer o auto-exame de mama?

- 1) Médico.
- 2) Enfermeira.
- 3) Assistente social.
- 4) Outro.

62. Como este trabalho é realizado?

- 1) Em grupo.
- 2) Individualmente.
- 3) Outra forma

63. Neste Centro de Saúde é realizado exame clínico de mama durante a consulta ginecológica?

- 1) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 68.**
- 2) Não.

64. Por quê?

.....
.....
.....
.....

65. Neste caso, a mulher é encaminhada a outro Centro de Saúde ou Unidade de Serviço?

- a) Sim.
- b) Não. → **PASSE PARA A QUESTÃO 69.**

66. Para qual Centro de Saúde ou Unidade de Serviço a mulher é encaminhada?

a) Centro de Saúde

.....

b) Unidade de Serviço

.....

67. Em média, quanto tempo depois a mulher será atendida no Centro de Saúde ou Unidade de Serviço para onde foi encaminhada?

- a) Menos de sete dias.
- b) Entre sete e dez dias.
- c) Entre dez e quinze dias.
- d) Entre quinze dias e um mês.
- e) Entre um e dois meses.
- f) Mais de dois meses.

68. Neste Centro de Saúde são solicitados exames complementares para as mulheres atendidas na consulta ginecológica?

- 1) Sim. → **PASSE PARA A QUESTÃO 73.**
- 2) Não.

69. Por quê?

.....
.....
.....
.....

70. Neste caso, a mulher é encaminhada a outro Centro de Saúde ou Unidade de Serviço?

- a) Sim.
- b) Não. → **PASSE PARA A QUESTÃO 74.**

71. Para qual Centro de Saúde ou Unidade de Serviço a mulher é encaminhada?

a) Centro de Saúde

.....

b) Unidade de Serviço

.....

72. Em média, quanto tempo depois a mulher será atendida no Centro de Saúde ou Unidade de Serviço para onde foi encaminhada?

a) Menos de sete dias.

b) Entre sete e dez dias.

c) Entre dez e quinze dias.

d) Entre quinze dias e um mês.

e) Entre um e dois meses.

f) Mais de dois meses.

73. Quais são os exames complementares solicitados?

1) Citopatologia de mama.

2) Mamografia.

3) Ultra sonografia.

4) Outro

.....

74. Para qual clínica especializada ou unidade de serviço a mulher é encaminhada?

a) Clínica Especializada

.....

b) Unidade de Serviço

.....

c) Não sabe