

Universidade Federal de Minas Gerais
Conselho de Pós-Graduação
Escola de Veterinária



ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS-SOCIAIS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ASSISTIDOS
POR SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM BELO HORIZONTE (MG)

U.F.M.G. - BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA



49990110400

NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

3/22
04/03
04/04/06

Marcus Vinicius Polignano

Belo Horizonte
Minas Gerais
1989

Marcus Vinicius Polignano



ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS-SOCIAIS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ASSISTIDOS
POR SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM BELO HORIZONTE (MG)

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

Área: Epidemiologia

Belo Horizonte
Minas Gerais
1989

BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
20/03/90
49990-11

U. P. L. - 1986

MS 0000002751

616.992

P768 Polignano, Marcus Vinicius, 1956-

Aspectos epidemiológicos - sociais dos pacientes oncológicos assistidos por serviços especializados em Belo Horizonte (MG)/Marcus Vinicius Polignano.- Belo Horizonte: Escola de Veterinária da UFMG, 1989.

84p. : il.-

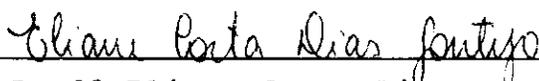
Tese (Mestrado)

1. Câncer - Pacientes - Condições Sociais-

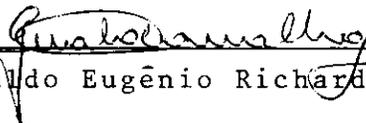
Aprovada em 03/07/89



Prof. Francisco Cecílio Viana
Orientador



Profª Eliane Costa Dias Gontijo



Dr. Geraldo Eugênio Richard Carvalhaes



Aos filhos do silêncio que
sucumbem na dor do câncer, na
ausência de uma política de con
trole da doença.

Marcus V. Polignano

À Josefina Teixeira Polig-
nano, minha progenitora, Cláu-
dia Maria Costa Polignano, mi-
ha esposa, Juliana e Rafael,
meus filhos.

AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente às minhas irmãs, a psicóloga Marisa Polignano, e à médica veterinária Mônica Assunção Polignano, pelo carinho e dedicação no esforço de coleta e manipulação dos dados, tornando esta tese uma obra familiar.

Ao ex-secretário da Escola de Veterinária, Cláudio Wilson Dotti, meu tio, amigo e companheiro nesta jornada.

Ao Prof. Francisco Cecílio Viana, como orientador e grande amigo, pelo esforço e atenção que dedicou a esta tese.

Ao Departamento de Medicina Veterinária, aos seus docentes, pela oportunidade oferecida para cursar este mestrado.

Aos meus colegas do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto, berço da minha vida universitária.

Aos médicos e funcionários dos diversos serviços oncológicos pesquisados, pela abertura a mim oferecida na obtenção de dados dos prontuários médicos.

A todos, enfim, que de alguma forma contribuíram para que fosse possível este trabalho.



BIOGRAFIA DO AUTOR

MARCUS VINICIUS POLIGNANO, filho de Dante Polignano e Josefina Teixeira Polignano, nasceu em Belo Horizonte, Minas Gerais, em 27 de novembro de 1956.

Ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais em 1975, obtendo o título de Médico em 1980.

Nesse mesmo ano começou sua Residência em Medicina Preventiva e Social, obtendo o título de especialista nessa área em 1982.

Iniciou na carreira universitária em 1982, através de concurso público para a disciplina de Epidemiologia do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto.

Seu curso de Mestrado na Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerias, na área de Epidemiologia, teve início em 1986.

RESUMO

Com o objetivo de estabelecer o perfil epidemiológico socio-social dos pacientes oncológicos, foram pesquisados 1450 prontuários médicos referentes a quatro hospitais do Município de Belo Horizonte, os quais foram responsáveis por aproximadamente 90% dos atendimentos oncológicos no período de 1980-84. Os dados obtidos demonstram que a população oncológica estudada é constituída de indivíduos da classe social do subproletariado (88,2%), da faixa etária acima dos 50 anos (65,7%), de ambos os sexos, predominantemente casados (54,3%), de cor branca (62,0%) e beneficiários do sistema previdenciário estatal (92,5%). Em relação à procedência, verifica-se que 62,2% são originários da Zona Metalúrgica, residem em cidades com mais de 1.000.000 de habitantes (48,8%), distantes até 100 km de Belo Horizonte (55,5%). O tempo de demora no diagnóstico demonstra que 52,8% dos pacientes esperaram até 3 meses e 28% dos casos esperam mais de 6 meses entre o aparecimento dos sinais e/ou sintomas e a confirmação diagnóstica, estando esta variável estatisticamente relacionada ao vínculo previdenciário, faixa etária e classe social do paciente. Quanto ao "follow-up", constata-se um índice de perda de seguimento no acompanhamento do paciente de 63%, estando o abandono do tratamento estatisticamente relacionado à faixa etária e à distância do município de procedência em relação à Belo Horizonte. Conclue-se que é a fração de clas

se menos privilegiada na estrutura social que compõe a maior parcela da população oncológica, recaindo principalmente sobre esse grupo as consequências sociais da doença. Os serviços oncológicos prestam uma assistência puramente curativa, fragmentar, concentrada nos grandes centros urbanos, com uma política de "follow-up" ineficiente, estruturada mais em função da doença que do doente.



SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	10
3. LITERATURA CONSULTADA.....	11
3.1. Da conceituação.....	11
3.2. Da etiologia e fatores de risco.....	13
3.3. Do tratamento e da prevenção.....	17
3.4. Do impacto social e econômico do câncer.....	21
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	25
4.1. População oncológica.....	26
4.2. Dos serviços oncológicos.....	27
4.3. Amostra.....	28
4.4. Análise das variáveis.....	29
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	37
6. CONCLUSÕES.....	76
7. PROPOSIÇÕES.....	78
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79



LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA I - Taxa de sobrevivência de 5 anos e percentuais de diagnóstico precoce (tumores localizados) dos cânceres mais frequentes, segundo o sexo nos Estados Unidos para os anos de 1950 e 1973-4	24
TABELA II - Classificação do município segundo o número de habitantes.....	35
TABELA III - Classificação do município segundo a distância em relação a Belo Horizonte.....	36
TABELA IV - Distribuição dos pacientes oncológicos segundo a classe social em Belo Horizonte, 1980-4.....	53
TABELA V - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo a faixa etária e sexo, em Belo Horizonte, 1980-4.....	54
TABELA VI - Distribuição dos pacientes oncológicos por grupo etário e sexo, em Belo Horizonte, 1980-4.....	56
TABELA VII - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo o grupo etário e o estado civil, em Belo Horizonte, 1980-4.....	57

	Página
TABELA VIII - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo as classes de habitantes do município de procedência, 1980-4.....	58
TABELA IX - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo a distância do local de procedência à Belo Horizonte, 1980-4.....	59
TABELA X - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo a procedência das macrorregiões geopolíticas do Estado de Minas Gerais, 1980-4	60
TABELA XI - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo o vínculo previdenciário em Belo Horizonte, 1980-4.....	61
TABELA XII - Localização topográfica dos cânceres mais frequentes, segundo o sexo dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	62
TABELA XIII - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo o vínculo previdenciário e os serviços oncológicos, em Belo Horizonte, 1980-4	64
TABELA XIV - Distribuição de dias de internação e relação dias de internação/paciente, segundo o serviço oncológico em Belo Horizonte, 1980-4	65
TABELA XV - Distribuição do tempo de demora no diagnóstico dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	66
TABELA XVI - Distribuição do tempo de demora no diagnóstico segundo o vínculo previdenciário dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	67
TABELA XVII - Distribuição do tempo de demora no diagnóstico segundo a faixa etária dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	68

TABELA XVIII	- Distribuição do tempo de demora no diagnóstico, segundo a classe social dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	70
TABELA XIX	- Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo o "follow-up" em Belo Horizonte, 1980-4.....	71
TABELA XX	- Distribuição do abandono e da continuidade de tratamento, segundo a faixa etária dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	72
TABELA XXI	- Distribuição do abandono e da continuidade no tratamento, segundo a distância geográfica da procedência dos pacientes oncológicos em relação a Belo Horizonte, 1980-4.....	73
TABELA XXII	- Distribuição do abandono e da continuidade do tratamento, segundo o estado civil dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	74
TABELA XXIII	- Distribuição do abandono e da continuidade do tratamento, segundo a classe social dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	75

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
GRÁFICO 1 - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo a faixa etária e sexo em Belo Horizonte, 1980-4.....	55
GRÁFICO 2 - Distribuição do estadiamento (FIGO) do câncer de mama dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	63
GRÁFICO 3 - Distribuição do tempo de demora no diagnóstico, segundo a faixa etária dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4.....	69

LISTA DE QUADROS

	Página
QUADRO 1 - Esquema da composição das frações de classe social proposta por BARROS (1983).....	33
QUADRO 2 - Macrorregiões do Estado de Minas Gerais.....	34



1. INTRODUÇÃO

Classicamente, o câncer é inserido no grupo das doenças crônico-degenerativas.

Esse grupo de doenças tido, até então, como característico dos países "desenvolvidos", vem-se constituindo num problema de saúde de magnitude crescente também para os países subdesenvolvidos, nos quais habitam 3/4 da população mundial. Segundo dados da ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (1980) para o ano de 1980, os óbitos por neoplasias malignas na América Latina e Caribe alcançaram proporções que variaram de 3 a 22%, estimando-se que essa patologia representará 20% do total de óbitos nos países da América Latina até o ano 2.000, significando quase 690.000 mortes anuais.

No Brasil têm ocorrido mudanças graduais nas características do quadro de morbi-mortalidade nessas últimas décadas, com o aumento das doenças crônico-degenerativas, como o câncer, no quadro nosológico.

A crescente participação do câncer como causa da morbidade e mortalidade é classicamente atribuída aos seguintes fatores: aumento de indivíduos idosos na população em geral e dos grupos de risco em particular, diminuição de mortalidade por doenças infecciosas, desenvolvimento de tecnologias para o diagnóstico, exposição a fatores cancerígenos de variadas potências, intensidade e alcance (SCHONTTENFELD, 1981; PARKIN

et alii, 1984).

No entanto, LAURELL (1983) aponta para a historicidade desse fenômeno, indicando que as sociedades que diferem no grau de desenvolvimento devem apresentar uma patologia coletiva diferente, e uma mesma sociedade, ao longo do tempo, pode apresentar diferenças em seu perfil patológico, como resultado das transformações sofridas por essa sociedade.

Portanto, dentro dessa corrente de pensamento, para o estudo epidemiológico de qualquer doença é fundamental compreender como ocorre a inserção dessa patologia no processo histórico-social de uma sociedade e de que forma organizam-se práticas concretas de atuação sobre ela.

O câncer começa surgir como problema de saúde coletiva no Brasil à medida em que a própria saúde emergiu como uma questão social, vinculada ao modelo de desenvolvimento capitalista implantado no país.

No início do século XX, consolida-se a base econômica capitalista por meio de surtos de industrialização nos grandes centros urbanos, gerando o deslocamento da força de trabalho do campo para as cidades. Nessa época, em virtude das precárias condições sociais das populações nos grandes núcleos urbanos, surgem diversas doenças epidêmicas, provocando importantes baixas, com graves repercussões na população economicamente ativa. O empresariado capitalista relega a questão da preservação da força de trabalho ao Estado. Deste modo, o governo é obrigado a desenvolver uma atuação de combate a essas doenças transmissíveis, pelas seguintes razões: pressões, políticas internacionais dos grandes centros capitalistas mundiais contra as precárias condições de saúde, notadamente nas cidades portuárias; morbidade e mortalidade crescentes; redução do tempo de vida e a incapacidade para o trabalho, provocada por elas.

A utilização dos recursos sanitários provoca ao longo do tempo, uma redução na mortalidade pelas doenças infecciosas. Quanto às doenças degenerativas, nenhuma política foi implementada até 1920, apesar do câncer figurar como causa impor

tante de mortalidade para os grandes centros urbanos, representando o 6º lugar de óbito na cidade do Rio de Janeiro.

A reforma Carlos Chagas, em 1921, instituiu as primeiras medidas de controle do câncer, incluindo estatística, realização gratuita de exames, divulgação do problema e criação de centros de tratamentos.

A partir da década de 30, o controle da doença passa por um conflito ideológico constante entre aqueles que defendem as ações coletivas para a resolução do problema e os que insistem na prioridade da assistência médica individual, gerando conseqüentemente conflitos frequentes sobre o papel do Estado e da iniciativa privada na resolução do problema.

Tendo em vista os altos custos que envolvem a detecção e o tratamento das neoplasias malignas, os ônus das ações preventivas e curativas foram transferidos para o Estado. Em 1941, o Estado assume formalmente a condução dessa política com a criação do Serviço Nacional do Câncer, vinculado ao Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde. Posteriormente, em 1953, quando do desmembramento daquele Ministério, passa a ser vinculado ao Ministério de Saúde.

A década de 50 é caracterizada pela política do governo de desnacionalização da economia dentro das pressões e necessidades do capitalismo internacional. A indústria farmacêutica foi um dos setores mais afetados. Passa a existir uma estreita ligação entre a atenção dada ao controle das doenças crônico-degenerativas, como o câncer, e a penetração do capital multinacional, visto que elas exigem o uso contínuo e prolongado de drogas e o diagnóstico com equipamentos complexos de utilização hospitalar, o que tornou esse grupo patológico o principal propulsor do desenvolvimento das atividades industriais multinacionais. Surge um intenso controle da indústria farmacêutica por empresas multinacionais, aumentando os custos da assistência médica, modificando a prática médica, além de tornar os estabelecimentos hospitalares o locus mais importante dessa prática. Nesse contexto, é inaugurado em 1957 o Institu-

to Nacional de Câncer, vinculado ao Ministério da Saúde, con-
substanciando o conflito entre o enfoque coletivo e o indivi-
dual do problema (FONSECA et alii, 1987).

Na década de 60, especialmente após 64, o movimento
de penetração do capitalismo internacional se intensifica so-
bre todos os setores da economia nacional, incluindo a indús-
tria farmacêutica e a de equipamentos médico-hospitalares, com
o estímulo ao desenvolvimento da iniciativa privada em todos
os setores, apoiado por um regime político ditatorial.

Dentro desse contexto, em 1969 é criado o Instituto
Nacional da Previdência Social, e, posteriormente, em 1974, o
Ministério da Previdência e Assistência Social. Esses órgãos
procuram desenvolver ações no sentido de privatizar a assistên-
cia médica no país, favorecendo a penetração do capitalismo in-
ternacional. Ao centralizarem os recursos financeiros, procura-
ram ampliar a produção da assistência curativa, repassando ver-
bas ao setor privado através da compra de serviços, propician-
do-lhe a incorporação de tecnologias modernas e beneficiando
diretamente as indústrias multinacionais de medicamentos e e-
quipamentos.

O próprio Instituto Nacional do Câncer é alvo desta
política de privatização, sobre a alegação de que o câncer cons-
titui problema de assistência médica individual e não de saúde
coletiva. Durante dois anos, os oncologistas do instituto re-
sistiram à privatização com grandes conflitos internos e conse-
quente repercussão pública, o que fez com que o governo retro-
cedesse dessa iniciativa (FONSECA et alii, 1987).

Na década de 70, o câncer apresenta-se como um pro-
blema de saúde coletiva de grande magnitude, especialmente nos
grandes centros urbanos brasileiros, o que acarretou grandes gas-
tos para o Estado, obrigando-o a desenvolver ações para o con-
trole da doença.

Desse modo, surgem o Programa Nacional de Controle
do Câncer (PNCC) e o Programa de Controle do Câncer (PCC). O
PNCC, criado em 1972 e vinculado à Divisão Nacional do Cãn-

cer (Ministério da Saúde), caracterizou-se como um programa financiador de equipamentos para os hospitais da rede pública e privada, com ações que visavam ao controle do câncer e à capacitação de recursos humanos. O PCC foi criado em 1975. Tratando-se do primeiro programa conjunto dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde, tentou articular os diversos níveis de atendimento no setor, além de criar um registro nacional do câncer. O Programa de Registro Nacional de Patologia Tumoral, através de um convênio firmado entre o Ministério de Saúde e a BIREME (Centro Latino-Americano de Informação em Ciências de Saúde), tinha como objetivo desenvolver o registro computadorizado de todos os casos de câncer diagnosticados em laboratórios anátomo-patológicos, culminando, em 1982, com a publicação "Câncer no Brasil", o primeiro censo de doença no país.

O final desses projetos coincide com a desativação da Divisão Nacional do Câncer em 1978, incorporado pela Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDGD), e a extinção do financiamento aos dois projetos por parte do Governo Federal. O Ministério da Saúde começa a repassar as verbas de combate ao câncer para a recém-criada Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas e não mais para um programa específico.

Na década de 80, a crise econômico-social que assola o modelo de desenvolvimento capitalista implantado no país traduz-se num quadro caótico de saúde da população brasileira e na crise institucional dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Saúde.

No caso específico do câncer, os dados de morbidade e mortalidade demonstram a magnitude do crescimento da doença na ausência de política efetiva para seu controle. A incidência anual absoluta do câncer é de 200 a 300 mil casos novos, com uma letalidade presumível de 35% (QUADRA et alii, 1984). Em 1983 o câncer passa a representar a terceira causa de mortalidade específica no Brasil e a segunda de óbito no Estado de Minas Ge-

rais e no Município de Belo Horizonte (BRASIL, Ministério da Saúde, 1987).

A dimensão da doença como problema de saúde coletiva reaquece e gera discursos governamentais no sentido da reformulação de políticas para o controle da doença. Assim, em 1984, é realizado o Seminário Nacional sobre informações em câncer, com o objetivo de se criar o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica das Neoplasias no país. Tenta-se a reativação do programa de Registro Nacional de Patologia Tumoral que, após 1980, sofreu uma desaceleração.

A partir de 1985, com as transformações ocorridas no setor de saúde, é feita a tentativa de se incorporarem as práticas de prevenção de câncer nas ações primárias de saúde, sendo criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, baseado na estratégia do diagnóstico precoce do câncer de colo do útero e mama (PINOTTI, 1985). No entanto, tal proposta nunca se concretizou, em função da falta de recursos materiais e humanos adequados nos serviços públicos de saúde do país.

Em 1987, a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas elege três doenças como prioritárias para a sua atuação, sendo o câncer uma dessas. Tal definição se dá a partir de avaliações epidemiológicas que demonstram a magnitude e a tendência de crescimento dessa patologia, o que obriga o governo a rearticular o Programa Nacional de controle do Câncer (PNCC), com o desenvolvimento de ações assistenciais (reequipamentos das unidades hospitalares) e preventivas (atividades de "screening" ampliadas, sistema de vigilância epidemiológica e aprimoramento de recursos humanos). O programa incorpora a contradição entre o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, não dispondo de fontes de recursos suficientes para a sua implementação.

Uma outra vertente importante na explicação da inserção histórico-social da doença no quadro nosológico da sociedade brasileira diz respeito às alterações da dinâmica populacional, provocadas pelo processo de transformações sócio-

econômicas. O país passa de uma fase de alta mortalidade/alta fecundidade para um padrão de baixa mortalidade/baixa fecundidade, com mudanças na pirâmide populacional representada por diminuição da base grupo juvenil (0-14) e crescimento do grupo adulto (15 a 59) e de idosos (acima 60 anos).

A expectativa de vida da população brasileira sofreu grandes transformações nos últimos 80 anos. No início do século era de 33,7 anos, em 1950 era de 43,2 anos e em 1980, 63,5 anos. Enquanto os países "desenvolvidos" apresentaram melhorias dos indicadores de saúde, em função de ganhos globais das condições sociais de suas populações, o mesmo não ocorreu com os países "subdesenvolvidos", como o Brasil, nos quais a utilização de determinados recursos técnicos permitiram o controle das doenças infecciosas, sem mudanças substanciais das condições sociais, fenômeno que poderíamos classificar como artificial.

Essa transformação na composição etária da população, embora não seja a causa, associa-se à transformação do quadro nosológico, na medida em que atingida a idade adulta, aumenta a incidência de doenças crônico-degenerativas (KALACHE et alii, 1987).

No entanto, para países subdesenvolvidos como o Brasil, essas mudanças trazem sérios transtornos, visto que ainda persistem os indicadores de desigualdade social. Assim, é possível encontrar altas taxas de mortalidade infantil e desnutrição concomitante ao aumento das doenças crônico-degenerativas, como o câncer.

Todo esse processo histórico-social contribui para a inserção do câncer como um importante problema de saúde coletiva e é imprescindível para a caracterização dessa pesquisa, pois qualquer estudo epidemiológico que hoje se realiza não escapa a uma definição conceitual que influi decisivamente na compreensão e análise dos dados obtidos.

Como afirma BREILH & GRANDA (1985), a epidemiologia "tradicional" envereda no mundo da pseudo-concreção estatísti-

ca, entricheirando-se atrás da imagem de objetividade e rigor da análise quantitativa, que se torna absoluta, e da lógica positivista, construindo, ou melhor, ideologizando uma realidade no plano do fenômeno.

A ela contrapõe-se a epidemiologia social que, numa atitude crítica, incorpora novos conceitos e métodos, procurando atingir a essência e não estudando simplesmente o fenômeno.

Também, como afirmam os autores BREILH & GRANDA (1985), existe um único objeto, uma única ciência epidemiológica capaz de fornecer um referencial teórico e uma análise ideológica coerente, na medida em que a epidemiologia não seja meramente descritiva, mas que tenha também um conteúdo explicativo social.

A primeira tarefa dessa pesquisa é enfatizar que o câncer, ou melhor, as neoplasias malignas têm um caráter social. Embora esse trabalho possa ser conceituado como seccional-explicativo, é preciso reafirmar a inserção histórico-social, ou seja, ao realizar um corte no tempo para tornar visível uma dada realidade, é preciso, para saber interpretá-la corretamente, ter claro que ela foi fruto de um contexto.

A segunda tarefa ou objetivo desse trabalho é enfatizar a coletividade e não a patologia, embora deva-se observar que esta coletividade tenha sido agrupada pela patologia.

Ocorre que a maioria dos estudos sobre neoplasias malignas enfatiza a visão biologicista, estudando a associação de algumas variáveis relacionadas à etiologia e ao tratamento de um determinado tipo de câncer como processos isolados e independentes. Esse estudo tem por objetivo reinterpretar a doença como um processo global e social que, por características próprias, pode apresentar-se sob diversas formas histológicas ou topográficas. Desse modo, busca-se a "apreensão da dimensão social propriamente dita desse conjunto de indivíduos que assim deixam de ser entes biológicos justapostos" (LAURELL, 1983). Enfim, o objeto de estudo é a coletividade e não a doença em si.

É preciso deixar claro que esse trabalho não tem a pretensão de interpretar o processo de causação social. O objetivo não é desvendar a chamada "caixa-negra", como afirma LAURELL (1983), pela qual entra o social de um lado e do outro sai o biológico. Pretende-se, tão somente, redimensionar os aspectos sociais relacionados ao câncer.

A partir de dados colhidos em prontuários médicos em quatro hospitais especializados de Belo Horizonte-Minas Gerais, o presente trabalho tem por objetivo maior oferecer uma contribuição à epidemiologia do câncer em nosso meio, através de uma abordagem coletiva do problema.

Um dos principais obstáculos para a realização de um estudo epidemiológico sobre o câncer é representado pela inexistência de um sistema de informação e coleta de dados sobre os pacientes oncológicos, razão pela qual optou-se pela fonte mais confiável, levantando-se dados dos prontuários médicos de pacientes internados ou sob controle ambulatorial, nos serviços oncológicos de Belo Horizonte.

A identificação do universo da população oncológica foi obtida através de dados da Comissão Regional de Oncologia, órgão do extinto Programa de Controle do Câncer que desempenha atualmente um papel burocrático de racionalização da assistência oncológica. Através dos dados obtidos, foi possível verificar que a atenção oncológica está concentrada principalmente em Belo Horizonte e relacionada aos seguintes hospitais: Felício Rocho, Belo Horizonte, Mário Pena e Santa Casa.

Os dados apurados referem-se ao período histórico de 1980-84, razão pela qual não constam informações sobre determinados serviços oncológicos, como o Instituto Mineiro de Oncologia.

Esses serviços atenderam no período de 1980 a 1984 a maior parcela da demanda de pacientes oncológicos de Belo Horizonte e parcela significativa de pacientes procedentes de cidades do interior do Estado.

2. OBJETIVOS

a) Descrever os pacientes assistidos pelos serviços oncológicos de Belo Horizonte, segundo as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, classe social, local de residência e categoria previdenciária.

b) Estabelecer o índice do tempo de demora no diagnóstico e correlacionar com essas variáveis: faixa etária, classe social, categoria previdenciária.

c) Estabelecer o índice de continuidade do tratamento ("follow-up") da população oncológica e correlacionar com as variáveis seguintes: local de residência, classe social, categoria previdenciária, faixa etária.

d) Discutir aspectos relacionados à assistência médica aos pacientes oncológicos.

e) Elaborar preposições que auxiliem na formulação de uma política de controle da doença.



3. LITERATURA CONSULTADA

3.1. Da conceituação

O câncer inclui um grupo de doença com certas características comuns de ordem histológica (anaplasia, desorganização tissular, inversão da membrana basal e biológica) necessidade de exposição prolongada a agentes causais, longo período de latência e tendência a metástases. As distintas localizações e tipos histológicos exibem, entretanto, acentuadas diferenças na sua epidemiologia, associações causais, possibilidade e técnicas de detecção, métodos de tratamento e prognóstico (JOLY, 1986). Por isso, a denominação de neoplasias malignas exprime melhor a conceituação acima.

O crescimento tumoral possui características importantes. Assim que a massa tumoral de 1 mm contenha 10^6 ou 1 mg de células neoplásicas e com 1 cm contém 10^9 ou 1 mg, ou seja, o crescimento tumoral já percorreu 2/3 do seu crescimento teórico. O que significa que muito antes já poderão ter surgido as "micrometástases pelas células neoplásicas de escape". "O cloro primitivo tumoral" poderá existir, em média, de 10 a 20 anos antes das primeiras manifestações clínicas do câncer, o que corresponderia ao estágio de câncer em situ, no qual deveriam ser detectados todos os cânceres.

As leucemias agudas são de início e desenvolvimento

rápidos, as leucemias crônicas e os linfomas são de início e desenvolvimento moderados, enquanto os tumores sólidos de qualquer localização topográfica os mais frequentes são de início e crescimento lentos.

Quando a grande maioria dos tumores sólidos primários chega a um volume que altere as funções do órgão para produzir sintomas, já não existe precocidade em seu diagnóstico. Por isso é que a prevenção deve partir do médico para o tumor e não do tumor para o médico (RAMOS, 1984).

HACKETT et alii (1973), em um trabalho realizado em Massachusetts General Hospital, levantou dados sobre o tempo de espera entre o aparecimento do sinal ou sintoma e a primeira consulta médica. Os dados obtidos foram os seguintes: 1/3 dos pacientes procuram o médico até um mês do início dos sintomas, 2/3 esperam mais de um mês, e destes, 39% esperam mais de três meses. Constatou-se também, através desses dados, que a duração da espera não está relacionada à idade ou sexo e que a preocupação sobre a sua condição reduz o tempo de espera muito mais que a dor, a incapacidade ou outros fatores. Pacientes de classe social alta procuram ajuda significativamente mais rápida que a menos privilegiada. Concluem afirmando que a demora na busca de cuidados médicos parece ser um ato consciente e deliberado, muito mais do que uma falha em perceber a neoplasia ou compreender as suas consequências.

As localizações topográficas mais frequentes de neoplasias por sexo no Brasil, obtidas através do Programa de Registro Nacional de Tumores, demonstraram que o sexo masculino predominam as neoplasias malignas de pele (28,9%), estômago (10,6%), boca (8,5%) e próstata (6,0%), enquanto no sexo feminino as neoplasias prevalentes são: colo do útero (23,7%), pele (23,4%) e mama (16,5%), (BRUMINI et alii, 1982).

As neoplasias malignas mais frequentes no homem, a nível mundial, envolvem pulmão, estômago, colon/reto, boca/faringe, próstata e esôfago; nas mulheres atingem mama, cêrvix uterino, estômago, colon/reto, pulmão, boca/faringe. Essas lo-

calizações, junto com as leucemias, cânceres do fígado, bexiga e tecidos linfáticos representam 75% dos 5,9 milhões de novos casos ocorridos no mundo em 1975, segundo dados estatísticos dos diversos países (PARKIN et alii, 1984).

3.2. Da etiologia e fatores de risco

GORI (1979) estima que 80 a 90% dos diversos tipos topográficos de câncer podem ser atribuídos a fatores ambientais e afirma a importância dos fatores nutricionais na gênese do câncer, estando implicado em 60% dos cânceres do sexo feminino e 40% do sexo masculino.

BERG & LAMPE (1981), analisando os fatores de risco do câncer ginecológico, o mais frequente tumor maligno do sexo feminino, afirmam existir correlação com a "cor" (adenocarcinoma do cêrvix é mais comum nas mulheres negras do que nas brancas), a idade (câncer de colo atinge a incidência máxima entre os 40 e 45 anos), a condição sócio-econômica (o câncer do cêrvix é mais frequente nas mulheres de condições sócio-econômicas baixas, enquanto que o câncer do corpo apresenta relação inversa), o estado civil (as mulheres solteiras tem menor incidência de câncer de cêrvix, porém apresentando incidência maior de risco de câncer de corpo e ovário).

NELSON (1981) destaca a importância da exposição dos trabalhadores a fatores cancerígenos, chegando a afirmar que 20% dos cânceres dos norte-americanos devem-se a fatores ocupacionais. O autor apresentou uma revisão de fatores químicos e físicos relacionados ao aparecimento de tumores. Assim, são afirmadas as seguintes correlações entre exposição e câncer, entre trabalhadores de indústrias químicas: compostos arsênicos - cânceres de pele, pulmão e fígado; benzeno - linfomas; cromo - câncer de pulmão e cavidade nasal; níquel - câncer de cavidade nasal e pulmão; dentre outros. O autor salienta, também, a importância de fatores físicos, mencionando a exposição ao raio X (radiologista e técnico de Rx: leucemia) e aos raios ul

tra-violeta (fazendeiro: câncer de pele).

MAC-MAHON (1982), analisando os fatores de riscos relacionados ao câncer de pâncreas, menciona a subdivisão entre fatores endógenos: a idade (40 a 44 anos), sexo (maior incidência no sexo masculino), etnia (maior incidência entre os negros) e fatores exógenos: o tabaco, o consumo de carne e café.

PRESTON-MARTIN et alii (1982), estudando a epidemiologia descritiva do câncer do trato superior (lábio, língua, faringe e nariz, nasofaringe e sinus), estabeleceram que o câncer de lábio, língua e faringe está associado ao uso de tabaco e que dentição precária e deficiências nutricionais explicariam as altas taxas de incidência de câncer de língua e de faringe nos indivíduos de classes sócio-econômicas baixas. Cânceres de nariz, sinus e nasofaringe são mais frequentes nos trabalhadores das indústrias que envolvem a formação de poeiras, fumaças ou vapores.

BRUMINI et alii (1982), no estudo epidemiológico do câncer no Brasil, constataram que para todas as localizações topográficas existe um certo equilíbrio entre o número de casos do sexo masculino (46,1%), em relação ao sexo feminino (53,9%), e que a idade mediana para o sexo masculino era de 59 anos e para o sexo feminino, de 54 anos.

PORTA (1983) reafirma que cerca de 80 a 90% dos cânceres são devidos a fatores ambientais, sendo que o autor afirma que "a prevenção primária do câncer deve ser feita, obrigatoriamente, através do ambiente, mas não devemos acreditar seja essa uma operação simples e que bons resultados serão obtidos pelo mero fechamento de algumas indústrias químicas. Certamente já conhecemos muitos fatores relativos às causas do câncer, mas não é fácil colocá-los sob controle. O mesmo autor subdivide o ambiente em ocupacional (indústrias químicas e afins), ambiente consumista (alimentos, produtos domésticos e medicamentos, ambiente cultural (estilo de vida e hábitos individuais), e ambiente em geral (ar, água e solo).

DEVESA (1984) afirma que mulheres judias e membros

de muitos grupos religiosos apresentam baixo risco de câncer cervical, incluindo as freiras e os adventistas do 7º dia. Em contraste, prostitutas, membros de populações de presos e pacientes com doenças venéreas têm um risco maior da doença. Da mesma forma, o número de casamentos, a idade precoce do primeiro casamento, higiene pessoal precária, a não circuncisão do parceiro, o grande número de gestações, a idade precoce da primeira relação sexual e promiscuidade sexual estariam implicados na etiologia.

QUADRA et alii (1984), analisando as características pessoais (idade, sexo, cor e estado civil) de 2.399 pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna internados no Hospital das clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no período de 1968 a 1975, constataram o seguinte perfil epidemiológico: faixa etária - 50% dos casos notificados se situam na faixa etária de 45 aos 65 anos de idade; sexo - prevalência varia de acordo com o diagnóstico topográfico; cor - houve o predomínio dos indivíduos de cor branca; estado civil - a maioria dos tumores incidem sobre os indivíduos casados; nível sócio-econômico - homogêneo, composto por indivíduos beneficiários da Previdência Social, provenientes de bairros da zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

SWANSON et alii (1985), estudando 59.070 casos novos de cânceres diagnosticados no período de 1978-82 nos Estados Unidos, segundo o estado civil (solteiro, casado, divorciado e viúvo), demonstraram existir perfis de tumores diferentes em função dessa variável, concluindo que a taxa de câncer em indivíduos casados é menor que nos demais.

BLAIR et alii (1985) alertam para o fato de que os fazendeiros expõem-se em função da sua rotina diária de trabalho a uma grande gama de fatores possivelmente cancerígenos, tais como pesticidas, óleos, combustíveis, tintas, viroses zoonóticas e fungos, dentre outros.

ERNSTER (1986) afirma que o tabagismo é a principal causa de câncer em mulher, aumentando o risco de desenvolvimen

to de câncer do pulmão, laringe, esôfago, cavidade oral, pâncreas, rins, bexiga e principalmente de cêrvix uterino. O mesmo autor atribui à indústria do tabaco, através de publicidade, o incentivo para o seu consumo.

GRAVES et alii (1986), utilizando o teste de Rorschard, destacam a interação de fatores psicológicos no aparecimento e manifestação do câncer.

RIMPEL'A & PUKKALA (1987), estudando 36.500 casos de câncer, na faixa etária de 30 a 69 anos, no período de 1971-75, na Finlândia, demonstraram que algumas formas de câncer são mais frequentes em classes sociais altas. Os cânceres relacionados ao elevado nível sócio-econômico e escolar no homem são os de colon, próstata, testículo, rins e melanoma da pele, enquanto na mulher prevalecem os de colon, mama, corpo uterino. Desde 1953, a incidência desses tumores está crescendo.

BANG et alii (1988), ao analisarem dados referentes a incidência e mortalidade do câncer e a taxa de sobrevivência de 5 anos, relativos à população negra americana, no período de 1969 a 1981, concluíram que a taxa de incidência global de câncer nos negros cresceu 17%, enquanto nos brancos, 13%. Na mulher negra a incidência cresceu 27,9%, enquanto a taxa nas mulheres brancas cresceu em 13,1%. A taxa de mortalidade por câncer nos negros cresceu 39%, no mesmo período. A taxa global de sobrevivência de 5 anos para os negros não se modificou no período de 1973 a 1981, enquanto nos brancos essa taxa cresceu levemente. Tais dados geram discussões a respeito de variáveis raciais, culturais, alimentares e sócio-econômicas envolvidas nessa diferenciação.

MOR (1988) afirma que a maioria dos cânceres são doenças da senilidade. Segundo o autor, 50% de todos os cânceres ocorrem após os 65 anos e o risco acumulativo de adquirir câncer entre as idades de 65-85 anos é de 17% nas mulheres e 23% nos homens. A taxa de incidência cresce em função da idade.

Todos esses determinantes biológicos e ambientais compõem um quadro de multiplicidade causal.

Uma interpretação que se diferencia significativamente das apresentadas anteriormente é aquela que explica o aumento das doenças crônico-degenerativas, incluindo-se o câncer, pelas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos, ou seja, cada sociedade cria seu próprio perfil patológico e diferentes funções sociais apresentam perfis patológicos que, a nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas com as relações sociais de produção. Dessa maneira, "cada modo de produção que se sucede ao longo do movimento social ao distribuir papéis diversos aos homens diante do processo de produção e no interior deste, ao estabelecer articulações particulares entre a instância de produção e a da distribuição do produto social, constituindo formações sociais concretas com características próprias, evidencia seu padrão de saúde e doença nos grupos sociais e no conjunto populacional. Este padrão será tão mais universal entre os homens de uma mesma época quanto mais universalizado for o modo de produção e mais semelhantes as características das formações sociais concretas" (CABRAL apud VASCONCELOS, 1986).

3.3. Do tratamento e da prevenção

O tratamento dos casos clínicos baseia-se nos seguintes aspectos principais: configuração do diagnóstico, determinação de quando e como usar os recursos terapêuticos existentes (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia), além do tratamento intensivo e urgente.

A sobrevida de 5 anos é bastante variável para cada tipo de neoplasia maligna e a melhoria desse indicador ao longo dos anos tem-se correlacionado muito mais com o percentual de tumores localizados quando do diagnóstico, do que com avanços nos campos terapêuticos, como cirurgia, quimioterapia e outros, conforme dados apresentados na TAB. I, segundo SCHONTTENFELD (1981).

O seguimento do paciente "follow-up" é parte essencial do cuidado ao paciente oncológico. BERMUDEZ & ESPÓSITO (1983) afirmam que "todo paciente com enfermidade tumoral deve ser controlado ao menos uma vez por ano, anexando a informação à história clínica do paciente e informando a um serviço central de controle (Registro Nacional do Câncer)". É desejável contar com um sistema de numeração única para a identificação individual e assim facilitar o registro de tipo cruzado e evitar duplicações. Segundo esses autores, é possível recuperar 70% dos pacientes que, por uma ou outra causa, não compareceram à última consulta marcada. Destes, 50% foram recuperados por carta, 25% por telefone e 25% de forma pessoal, o que reforça a necessidade de uma estrutura para permitir o "follow-up" do paciente.

Os estágios de tratamento clínico do câncer podem ser divididos e definidos, segundo MCCUSKEZ (1984), da seguinte maneira:

. Período de tratamento ativo: é o período denominado pós-diagnóstico, onde a terapia aplicada nos tumores tem o propósito primário de prolongar a sobrevivência. Esse período pode terminar com a cura, com a remissão indefinida, com a progressão para um período de cuidado terminal ou com a morte.

. Período de cuidado terminal: é o período durante o qual existe evidência da malignidade progressiva e no qual a terapêutica não pode prolongar significativamente a sobrevivência do paciente. Esse período não pode ser confundido com prognóstico de expectativa de vida curta. Um paciente pode ter uma expectativa de vida de poucos meses e possuir um tumor tratável. Esse paciente deve permanecer no período de tratamento ativo. O mesmo autor estima que 90% de todas as mortes por câncer têm um período terminal com duração média de 94 dias.

A qualidade de vida é outro aspecto importante no tratamento, podendo ser afetada por ambos, pelo tumor e pelo tratamento, não existindo uma definição padrão e nem métodos para

medir essa variável (PRESANT, 1984).

Existem atualmente cerca de sessenta medicamentos que têm demonstrado atividades em distintos tipos de câncer. Apenas uma fração desses medicamentos é útil para aumentar a cura de alguns tumores e prolongar significativamente a sobrevivência em outros. A maioria dos tumores de alta incidência nos países da América Latina, como os de colo de útero, estômago, pulmão, esôfago e colon se diagnosticam em estágios já avançados, não existindo provas convincentes de que agentes antineoplásicos possam prolongar a sobrevivência desses pacientes, comparado a um grupo controle (PAVLOSVSKY & MURIEL, 1985).

A elaboração de uma política de controle da doença requer a existência de um sistema de informação capaz de fornecer dados que permitam avaliar a eficácia das medidas de prevenção, diagnóstico precoce, atenção médica aos pacientes cancerosos e investigação sobre o câncer, especialmente as referentes às taxas de morbidade e mortalidade. Para isso é fundamental a utilização de todas as fontes possíveis na configuração de um sistema nacional de registro de câncer (ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD, 1985).

HANAI & FUGIMOTO (1985) ressaltam a importância na padronização de dados para a obtenção da taxa de sobrevivência de 5 anos, sendo importante para a avaliação da eficácia de um programa de controle do câncer.

Segundo a comissão organizadora do SEMINÁRIO SOBRE O CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO UTERINO E DE MAMA (1985), ficou constatada a inexistência de uma política de prevenção da doença no país, visto que o diagnóstico do carcinoma cérvico uterino, através de citologia vaginal, era desenvolvida em apenas 7% das 10.684 unidades de saúde do país e que, segundo dados da Previdência Social em 1982, a cobertura de consultas ginecológicas representava apenas 15% da população feminina acima dos 15 anos.

HUTCHINSON (1985) assegura a importância de programas de prevenção, afirmando que se o "screening" para o câncer

cêrvico-uterino fosse realizado rotineiramente seria possível evitar cerca de 300.000 mortes prematuras num período de 35 anos no Brasil, citando ainda que tratar um carcinoma "in situ" custa 1/10 do tratamento do câncer em estágio mais avançado.

Segundo dados do PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER (1986), de cada 100 casos, 70 chegam para o tratamento em fase avançada e 30 morrem no decorrer do primeiro ano de tratamento, devido ao estágio clínico da doença.

WENNSTR'ON (1987) demonstra a importância de um programa de controle do câncer bem elaborado como o da Suécia. As recomendações editadas pelo Comitê de Nutrição e Exercício do National Board of Health and Welfare sugerem redução de ingestão de gorduras, sal, açúcar e do nível de calorias/dia e um aumento na ingestão de fibras, além de exercícios físicos, com o propósito inicial de reduzir as doenças cardiovasculares e posteriormente prevenir o câncer de mama e de próstata. Desde 1970, a mulher sueca tem acesso a "check-up" ginecológico sistemático, o que resultou na redução da taxa de incidência e de mortalidade do carcinoma do cêrvix uterino. Estudos locais sugerem que a mamagrafia sistemática, que hoje é recomendação nacional, reduz a mortalidade por câncer de mama em 30%.

MAUD et alii (1987), coletando dados de um hospital de Ribeirão Preto, concluíram que cerca de 68% dos pacientes tratados ganham até 3 salários mínimos e cerca de 29% destes utilizaram mais de 15% da renda familiar em gastos não médicos (transporte, alimentação, etc) nos seus deslocamentos para o tratamento oncológico em hospitais, o que implica num grande ônus financeiro, com a consequente repercussão na renda familiar.

MOR (1988) chama a atenção para o fato de que a maioria dos cânceres ocorre em indivíduos idosos e que o tratamento deve levar isso em consideração. Assim, é preciso saber como o idoso responde aos sintomas de câncer e ao tratamento e de que modo o tratamento do indivíduo deve diferir do proposto para indivíduos jovens e o quanto o tratamento deve ser agres-

sivo.

3.4. Do impacto social e econômico do câncer

Como afirma MIRRA (1976) "trata-se de uma verdadeira doença social, pois acarreta não só transtornos familiares e individuais, mas também sociais. Os indivíduos atingidos pelo câncer são, na maioria, aqueles que estão em idade de dar à comunidade em que vivem o máximo de sua atividade e sua produtividade, com consequências de ordem sócio-econômica, quando de sua invalidez ou de sua morte".

Nos Estados Unidos, por exemplo, o câncer representou a 2ª causa de óbito, somando 386.686 casos, ou seja, 20% do total para o ano de 1977, o que significou 0,54 das mortes atribuídas a doenças do coração e 3,75 vezes o número devido aos acidentes (4ª causa). Dois terços da mortalidade entre as idades de 45 a 65 anos nos Estados Unidos são devidos às doenças isquêmicas do coração e câncer (SCHOTTENFELD, 1984). Segundo o mesmo autor, 60% das mortes por câncer ocorreram em pessoas com 65 anos ou mais, 34% em pessoas entre 45 a 64, e 6%, abaixo dos 45 anos de idade, reduzindo em 16 anos a expectativa de vida da população cancerosa, como resultados da doença.

No entanto, esse indicador de redução de expectativa de vida, quando aplicado à população em geral, não é uma boa medida de impacto da doença na sociedade, pois a redução média para a população em geral é de apenas 1,5 a 2,5 anos. Contudo, em um estudo conduzido pelo National Center For Health Statistic, foi estimado que 55 bilhões de dólares foram dispendidos em 1977 para cuidados hospitalares e serviços médicos destinados a pacientes cancerosos. Em adição, a mortalidade por câncer gera 1,8 milhões de anos de trabalhos perdidos e 18,5 bilhões de dólares de rendimentos perdidos (SCHOTTENFELD, 1981).

PACHECO & SÁ (1982) afirmam que o câncer é "Um iceberg a caminho dos trópicos".

BIANCO (1983) afirma que o câncer é uma patologia de

considerável magnitude na Argentina, apresentando-se entre as primeiras cinco causas de mortes, desde 1950. A partir de 1960, responde pela segunda causa de morte.

BARCELOS & PECCIN (1983), analisando dados referentes a incidência e mortalidade por câncer no Rio Grande do Sul para o ano de 1979, constataram que a taxa de incidência por câncer no sexo masculino era de 162,8 por 100.000 e para o sexo feminino por 100.000. A incidência apresentou uma tendência de crescimento com a idade, sendo maior para o sexo masculino em quase todas as faixas etárias, com exceção dos grupos etários de 0 a 5 anos, 30 a 39 anos, e 40 a 49 anos, onde houve o predomínio do sexo feminino.

Segundo PARKIN et alii (1984), o câncer está tornando-se reconhecidamente um problema mundial, não sendo limitado apenas às nações industrializadas. Atualmente, existe uma grande variação nos padrões de ocorrência de câncer nas diferentes regiões do mundo. Por que é predominantemente uma doença do grupo de pessoas idosas, sua importância relativa depende da composição de seus habitantes. A estrutura etária da população nos países em desenvolvimento está mudando rapidamente, principalmente em função da redução na mortalidade de doenças infecciosas. A adoção do "life-style" ocidental tem provavelmente contribuído para o aumento da incidência do câncer. Desde que nações em desenvolvimento contenham 3/4 da população global, a dimensão do problema do câncer e o investimento necessário para o seu controle em todas as partes do mundo crescerão consideravelmente no futuro.

MIRRA & FRANCO (1985) afirmam que "os cânceres das várias localizações anatômicas, se considerados individualmente, representam uma pesada carga na porção da população economicamente ativa. Um exemplo típico é o câncer do colo uterino que faz muito de suas vítimas dentro da população feminina na fase sexualmente ativa. Estas são, em geral, mulheres multíparas, com filhos em idade escolar. Os problemas sociais e emocionais que surgem com a morte dessas mulheres têm impactos ime-

diato na comunidade".

Segundo dados do PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE CÂNCER (1986), são previstos mais de 500 mil novos casos de câncer no Brasil para o próximo quinquênio.

Os custos com as internações de câncer na rede hospitalar contratada do INAMPS atingiram no ano de 1985, 23 milhões de dólares, a um custo diário de 10,37 dólares (VERAS et alii, 1987).

No caso do Brasil, a dimensão dessa doença deve ser analisada ainda pela perspectiva da dinâmica populacional. O aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes, entre 1980 a 2025, o que colocará o Brasil como a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos. Isso gera um desafio considerável, pois o país convive ainda com altas taxas de mortalidade infantil e de desnutrição, ao mesmo tempo em que assiste ao crescimento de doenças crônico-degenerativas como o câncer, levando inevitavelmente a um aumento dos recursos despendidos na área de saúde para estas últimas (KALACHE et alii, 1987).

TABELA I - Taxa de sobrevivida de 5 anos e percentuais de diagnóstico precoce (tumores localizados) dos cânceres mais frequentes, segundo o sexo nos Estados Unidos para os anos de 1950 e 1973-4

Localização topográfica	Sobrevivida de 5 anos (%) todos os estágios				Tumor localizado (%)			
	1950		1973/74		1950		1973/74	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem
Pulmão	9	5	14	9	15	16	18	17
Estômago	11	12	14	12	15	15	20	17
Pâncreas	2	1	2	2	15	14	16	14
Côlon	42	40	50	47	40	50	41	42
Reto	43	38	48	43	44	43	48	46
Mama	60	-	68	-	41	-	48	-
Cérvix uterino	59	-	64	-	53	-	45	-
Corpo Uterino	72	-	81	-	71	-	80	-
Ovário	30	-	36	-	-	-	-	-
Bexiga	51	54	60	61	66	69	81	83
Melanoma (cutâneo)	55	42	75	62	59	53	77	69
Próstata	-	43	-	63	-	48	-	61

Fonte: SCHONTTENFELD (1981).

4. MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo epidemiológico pode ser definido como seccional, com caráter descritivo-explicativo.

A fonte de dados foi o prontuário médico, em função da ausência de um sistema de informação confiável capaz de fornecer dados sobre os pacientes atendidos nos serviços oncológicos. Nesses prontuários, escrevem-se os dados referentes ao progresso da enfermidade, recidivas, metástases, remissões, diagnósticos, tratamento e o "follow-up" do paciente, permitindo-se, dessa maneira, estabelecer o perfil da população atendida, realizar estudos de sobrevivência, avaliar tratamentos e a qualidade da atenção oncológica, planejar a atenção ao paciente canceroso (medicamentos e pessoal) e desenvolver uma política de controle do câncer (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1985).

Estabeleceu-se a população oncológica, como composta pelos pacientes assistidos por serviços especializados credenciados pela Comissão Regional de Oncologia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Na época, a Comissão Regional de Oncologia do INAMPS possuía oito serviços credenciados em Belo Horizonte, todos relacionados a unidades hospitalares, responsáveis pelo total de tratamentos quimioterápicos, radioterápicos e cirúrgicos.

Do total de serviços existentes, optou-se pela realização da presente pesquisa em quatro unidades hospitalares,

que juntas foram responsáveis por cerca de 90% dos tratamentos radioterápicos (10.326/11.417) e quimioterápicos (10.326/11.417) e cerca de 50% das cirurgias (343/781), realizadas no período de 1980 a 1984. O Serviço de Oncologia do Hospital Belo Horizonte, do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, do Hospital Felício Rocho e do Hospital Mário Pena foram as unidades de pesquisa.

Na impossibilidade de obtenção de informações de todos os prontuários do universo populacional, optou-se pela realização de uma amostra sistemática, coletando-se dados de um prontuário em cada vinte.

Esses serviços são altamente representativos da assistência oncológica oferecida, visto disporem de recursos prope-
dêuticos e terapêuticos adequados a essa finalidade de atenderem a uma demanda de pacientes das variadas classes sociais e previdenciárias, de procedência, não só de Belo Horizonte, como de todas as regiões de Minas Gerais e até de outros Estados, configurando-se, dessa forma, numa fonte bastante rica de informações para o presente estudo.

4.1. População oncológica

A população oncológica é basicamente constituída por indivíduos que apresenta como diagnóstico uma patologia neoplásica maligna.

Normalmente esses pacientes têm a sua patologia diagnosticada por outros profissionais não-especialistas na área (clínico, gastroenterologista, ginecologista, etc.), sendo posteriormente encaminhados para os serviços oncológicos especializados.

Cabe aos serviços oncológicos desenvolver as ações terapêuticas necessárias e acompanhar o indivíduo durante o seu tratamento.

A população oncológica é bastante eclética quanto a sua constituição, visto existirem indivíduos de todas as fai-

xas etárias, de ambos os sexos, de todas as condições sociais e previdenciárias, sendo um subgrupo populacional no qual todas as frações sociais mostram-se representadas.

Essa população, em função do acompanhamento prolongado, deve retornar constantemente aos serviços oncológicos, permitindo-se o seu acompanhamento ao longo dos anos.

4.2. Dos serviços oncológicos

O universo populacional tem como referência os pacientes oncológicos atendidos e registrados nos serviços especializados de Belo Horizonte, no período de 1980 a 1984.

O serviço de Oncologia do Hospital Belo Horizonte possui capacidade para oferecer todas as formas de terapêutica: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Além de contar com um sistema de arquivo único para todos os pacientes e processamento computadorizado, fornece os dados referentes a identificação do paciente e mantém ainda o Centro Mineiro de Estudo em Oncologia.

O Serviço de Oncologia do Hospital da Santa Casa de Misericórdia oferece também os três recursos terapêuticos: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A equipe médica é basicamente a mesma que trabalha no Hospital Belo Horizonte. Possui um arquivo próprio de todos os pacientes e processamento computadorizado de alguns dados e informações.

O Serviço de Oncologia do Hospital Felício Rocho oferece recurso terapêutico na área de cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Cada área possui prontuários e arquivos separados.

O Hospital Mário Pena atende a pacientes oncológicos, oferecendo, basicamente, recursos na área de cirurgia e quimioterapia. O prontuário é único para o hospital, não havendo uma separação especial nos casos de pacientes oncológicos com outras patologias.

4.3. Amostra

Segundo levantamento nos hospitais mencionados, foi possível obter os registros de 22.630 pacientes atendidos no período de 1980-4.

Tendo em vista o grande número de prontuários existentes, o volume de informações a serem coletadas de cada um e a disponibilidade de tempo para a obtenção dos dados, tornou-se necessário o estabelecimento de uma amostra.

O número estabelecido foi obtido através da fórmula de COCHRAN (1985)

$$n = \frac{no}{1 + \frac{no}{N}}$$

onde:

n = tamanho da amostra;

$$no = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{L^2};$$

N = tamanho da população a ser estudada.

O p foi estabelecido pela menor frequência esperada diferente de zero de um tumor maligno primário, de acordo com a sua localização topográfica dentro do total para o Estado de Minas Gerais, segundo dados de BRUMINI et alii (1982), sendo o valor de p de 0,1 e de q 0,9.

Para um intervalo de confiança de 95% (z = 1,96) e um erro aceitável de 15% (L = 0,015), tem-se:

$$no = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,1 \cdot 0,9}{(0,015)^2} = \frac{0,345744}{0,000225} = 1537$$

$$n = \frac{1537}{1 + \frac{1537}{22.630}} = 1436$$

Arredondou-se esse valor para 1.450 pessoas ou pacientes.



4.4. Análise das variáveis

Dos prontuários foram obtidos os seguintes dados: faixa etária, sexo, cor, estado civil, local de residência, ocupação, categoria previdenciária, diagnóstico oncológico, estadiamento no momento do diagnóstico, períodos de internação, capacidade para o trabalho, "follow-up".

Faixa etária - a idade de cada paciente será obtida mediante a relação existente entre a data de nascimento e a data de registro. Posteriormente, será elaborada uma distribuição de frequência (grupos de 5 anos), de acordo com BRUMINI et alii (1982).

Sexo - os dados serão agrupados em masculino e feminino.

Cor - classificação em função da cor da pele: brancos e não brancos.

Estado civil - compreende os solteiros, casados, viúvos, desquitados, divorciados e outros.

Condições previdenciárias - é a classificação em Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), particular, não pagantes e outros. Adotou-se a estratificação proposta por POSSAS (1981), em que os beneficiários do INAMPS eram representados pelos assalariados urbanos, relacionados diretamente ao sistema capitalista produtivo, enquanto o FUNRURAL beneficia os trabalhadores rurais com menor força de inserção no sistema e com menores benefícios, em relação aos previdenciários do INAMPS, os *não-pagantes*, representando aqueles não atuantes diretamente no sistema produtivo capitalista e não assistidos por ele e finalmente os *particulares*, representados por aqueles que têm melhores condições sociais dos que os assalariados e estão melhor inseridos dentro do sistema capitalista (POSSAS, 1981).

A classe de *outros* engloba vínculos previdenciários de pouca significação para o trabalho, como Patronal e Golden Cross.

Classe social - será utilizada a estratificação de classes, baseando-se na proposta metodológica de BARROS (1986), subdividindo os indivíduos nas seguintes classes: proletariado, subproletariado, burguesia gerencial, pequena burguesia, burguesia empresarial. A classificação original baseia-se nas várias ocupações e níveis de renda para a definição de fração de classe social (QUADRO I). Nos prontuários médicos, instrumentos básicos dessa pesquisa, não existiam quaisquer referências à renda, razão pela qual optou-se pela utilização somente da ocupação como variável necessária para a definição da classe social. Pois, como afirma LAURELL (1983), "Tendo de optar entre nos mantermos na ignorância por razões de exigências técnicas, ou utilizarmos a documentação deficiente que oferecem as estatísticas oficiais, escolheremos a última alternativa".

Local de residência - será considerado o município de origem do paciente, sendo que cada município receberá uma codificação baseada na macrorregião do Estado na qual se localiza (M), no número de habitantes (T) e na distância até Belo Horizonte (D), (QUADRO 2, TAB. II, III).

A classificação de cada município se baseará nos dados da Secretaria de Planejamento do Estado de Minas Gerais (1985).

Tempo de demora no diagnóstico - sendo esta uma variável importante para o resultado terapêutico, o seu cálculo é fundamental.

Para o cálculo desse período de tempo será considerado o período da manifestação dos sintomas até a confirmação clínica e histopatológica do diagnóstico oncológico, baseando-se na história clínica coletada pelo médico.

Follow-up - objetiva avaliar o acompanhamento do paciente. Será adotada a seguinte classificação, com as suas de-

finições:

. *Continuidade*: será definida para o paciente que até dezembro de 1984 compareceu à consultas marcadas.

. *Interrupção*: é definida para o paciente que não compareceu nunca mais ao serviço, por um tempo maior ou igual a 6 meses da última consulta marcada até dezembro de 1984.

. *Óbito*: evento letal provocado pela neoplasia maligna.

. *Alta*: paciente considerado curado e liberado de controle médico.

. *FPT*: fora de possibilidade terapêutica.

. *Encaminhado*: corresponde a situação nas quais o paciente é encaminhado a outro serviço ou a outro médico, perdendo o seu "follow-up" formal.

. *Recusa de tratamento*: manifestação pessoal do paciente, recusando-se a receber o tratamento médico proposto.

. *Não esclarecido*: quando pelo prontuário, o paciente não puder ser classificado em nenhuma das condições anteriormente citadas.

Diagnóstico oncológico - somente será utilizado o diagnóstico topográfico, considerando-se positivo aquele que possuir um exame anatomopatológico conclusivo. A codificação obedecerá aos padrões estabelecidos na 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1978).

Estadiamento - deverá ser considerado para efeito dessa pesquisa somente o estadiamento quando do primeiro diagnóstico do paciente. As classificações utilizadas são: TNM União Internacional de Controle ao Câncer (UICC); a de tumores ginecológicos da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO); e a de tumores da pele (RAMOS, 1984).

Período de internação - baseando-se nos dados dos prontuários, será calculado de cada paciente o número de dias/ano que permaneceu internado.

4.5. Análise estatística

Para analisar a significância estatística das diferenças entre as frequências será utilizado o "teste de Qui" quadrado.

Deverá ser aferida ainda a significância estatística entre diferenças médias.

Será estabelecida a correlação estatística entre variáveis quantitativas.

Em todos os testes será utilizado um valor mínimo de significância de 95%.

QUADRO 1 - Esquema da composição das frações de classe social proposta por BARROS (1983)

Posição na Ocupação	Outras variáveis discriminadoras	Frações de classe
Tipo de Ocupação		
Assalariados	Escriturários e bancários	Proletariado propriamente dito
	Viajantes e agentes	
	Vendedores	
	Trab. de transporte e comunicação	
	Trab. de serviços	
	Trab. de processos de produção	
	Técnicos, profissionais, diretores	
Propriedade		
Autônomos	Sem negócio	Subproletariado
	Estabelecido com negócio	
Renda e número de empregados		
Empregadores	Com < 9 SM ou até 4 empregados	Peq. Burguesia
	Com ≥ 9 SM ou 5 ou + empregados	Burg. Empresarial

* PEA = População economicamente ativa.

QUADRO 2 - Macrorregiões do Estado de Minas Gerais

Mo - Outro Estado

M1 - Metalúrgica e Campos das Vertentes

M2 - Zona da Mata

M3 - Sul de Minas

M4 - Triângula e Alto Paranaíba

M5 - Alto São Francisco

M6 - Noroeste

M7 - Jequitinhonha

M8 - Rio Doce

TABELA II - Classificação do município segundo o número de habitantes

C l a s s e s	Número de habitantes
T1	< 50.000
T2	50.000 ----- 100.000
T3	100.000 ----- 500.000
T4	500.000 ----- 1.000.000
T5	> 1.000.000



TABELA III - Classificação do município segundo a distância em relação a Belo Horizonte

C l a s s e s	Distância em relação a Belo Horizonte (km)
D1	< 100
D2	100 — 300
D3	300 — 500
D4	> 500

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os quatro serviços oncológicos pesquisados totalizaram 22.630 pessoas no período de 1980-84, caracterizando a magnitude da população oncológica. A falta de dados relativos a períodos anteriores, bem como a grande dispersão geográfica dessa população, impossibilitou o cálculo correto de índices elementares para a epidemiologia, como prevalência e incidência.

Os dados e informações registrados nos prontuários médicos e arquivados nos Serviços de Arquivos Médicos (SAME) dos serviços oncológicos não são encaminhados para nenhum processamento central ou para instituições públicas relacionadas ao setor saúde, como a Secretaria Estadual de Saúde, o INAMPS, ou o Ministério da Saúde. Foi constatada a ausência de uma identificação única do paciente, o que dificulta o seu acompanhamento.

A inexistência de uma política de vigilância epidemiológica contraria as recomendações para o controle da doença, como foi preconizado pela OPAS (1985) e reafirmado por autores como BERMUDEZ & ESPÓSITO (1983), uma vez que impede a obtenção e o processamento de dados para analisar a eficácia das medidas de prevenção, diagnóstico precoce e assistência oncológica, a formulação de indicadores de morbidade e mortalidade, além de dificultar o seguimento dos pacientes oncológicos.

Dos dados obtidos através do levantamento direto aos prontuários médicos, pode-se estabelecer as primeiras caracte-

rísticas dessa população oncológica.

Utilizando-se uma adaptação da classificação proposta por BARROS (1986), a presente pesquisa comprovou a seguinte composição por classe social da população oncológica: subproletariado (88,2%), proletariado (6,6%), pequena burguesia (5,0%), burguesia gerencial (0,2%), (TAB. IV).

Dentre as classes estudadas, verifica-se que é do subproletariado que emerge a maior parcela da população oncológica, que, somada à fração do proletariado, atesta ser a classe trabalhadora a mais atingida pela doença. Ressalvado o fato da pequena porcentagem da burguesia na amostra, provavelmente em função da não incorporação dos prontuários médicos dos pacientes oncológicos particulares no SAME dos hospitais, dificultando uma análise mais consistente das classes sociais atingidas pela doença.

Embora não utilizamos o conceito de classe social e sim de grupos sócio-econômicos, alguns trabalhos vêm de encontro aos dados obtidos acima, como QUADRA et alii (1984), referindo-se à população oncológica assistida pelo Hospital das Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e MAUAD et alii (1987), estudando a população assistida por um hospital em Ribeirão Preto, sendo que nos dois trabalhos comprovou-se o predomínio de indivíduos de nível sócio-econômico baixo. A nível nacional, é preciso salientar ainda que muitos trabalhos importantes, como o de BRUMINI et alii (1982), não levam esta variável em consideração. Já na literatura internacional, é possível observar que a maioria dos autores se utilizam do conceito de grupo sócio-econômico e procuram estabelecer correlações específicas entre o grupo sócio-econômico e câncer de localizações topográficas específicas, pincelando a implicação de fatores sociais, no processo etiológico da doença. Assim, podem ser citados trabalhos como o de SCHOTTENFELD (1981) que afirma ser maior a frequência de câncer de boca, faringe, laringe e esôfago em homens negros de grupo sócio-econômico baixo dos Estados Unidos; BERG & LAMPE (1981) que afirmam ser o câncer do

cêrvix uterino mais frequente nas mulheres de condições sôcio-econômicas baixas nos Estados Unidos; e RIMPEL'A & PUKKALA (1987) que afirmam existirem na Finlândia tumores que são mais frequentes nas classes sôcio-econômicas elevadas (colon, prôstata, testículo, rins, melanoma, mama e corpo uterino).

Embora não questionando o valor dos dados obtidos por essas pesquisas internacionais, é preciso mencionar que o conceito de classe social aqui utilizado é mais abrangente que o de grupo sôcio-econômico. Ao se estabelecer correlação com classe social, vincula-se o conceito de modo de produção, o que implica em demonstrar uma relação entre o processo de produção, a estruturação social e o câncer. Em outras palavras, seria afirmar a causação social do processo patológico cancerígeno. O resultado obtido por essa pesquisa demonstra que é a fração de classe social menos privilegiada na relação social a que paga maior tributo à doença e, ao mesmo tempo, segue a indagação da relação do modo de produção na gênese dessa patologia, como bem teorizado por CABRAL, citado por VASCONCELOS (1986). Linha de pesquisa que trilha esse caminho é representada pelos trabalhos que procuram correlacionar fatores ocupacionais e o câncer, como os de NELSON (1981), BLAIR et alii (1985) e PRESTON-MARTIN et alii (1982).

A distribuição etária demonstra que a maioria dos indivíduos possuem mais de 50 anos de idade (65,7%), sendo 34,3% dos pacientes com menos de 50 anos. A medida para o sexo masculino é de 58,2 anos e para o sexo feminino de 54,2 anos (TAB. V e GRÁF. 1).

Essa distribuição etária condiz com a opinião de diversos autores de outros países, como SCHOTTENFEL (1981), PARKIN et alii (1984) e MOR (1988) e é absolutamente coincidente com os dados obtidos por BRUMINI et alii (1982) e próximo dos obtidos por QUADRA et alii (1984) no Brasil. Ela atinge indivíduos acima da faixa etária considerada mais produtiva (50 anos de idade), gerando questões importantes. A primeira delas seria referente ao baixo impacto da doença na redução da especta

tiva de vida da população em geral, onde prevalece o grupo etário acima dos 50 anos. Esse grupo etário representa apenas 12,7% da população geral do Brasil. A segunda questão seria de que para os indivíduos acometidos pela doença existe uma redução drástica da sobrevida estimada em 16 anos (SCHOTTENFELD, 1981). Em função da doença e/ou do tratamento, a própria qualidade da sobrevida pode ser comprometida, como salientam PRESSANT (1984) e MOR (1988), acarretando ainda consequências sociais, como diminuição da capacidade de trabalho e queda da renda familiar, com repercussão direta para os dependentes dos pacientes oncológicos (MIRRA, 19876).

Essa distribuição etária reafirma a relação entre o envelhecimento e o desenvolvimento de tumores malignos, como re trata o trabalho de MOR (1988), onde afirma que aproximadamente 50% de todos os cânceres ocorram após os 50 anos, que 60% de todos os óbitos também ocorrem nesta faixa etária e que o risco acumulativo de adquirir um câncer entre as idades de 65-85 anos é de 17% no sexo feminino e 23% no sexo masculino.

O fato da doença atingir, em maior proporção, a faixa etária de 50 anos ou mais, ou seja, após grupo etário considerado mais produtivo (15-50 anos), reforça a hipótese mencionada de correlação do modo de produção na gênese do processo patológico. A grande dificuldade reside em explicar o que ocorre dentro da "caixa negra", como define LAURELL (1983), pela qual o social entra de um lado, o biológico sai do outro. A dificuldade de correlação causal nesse grupo patológico é mais complexa, devido ao grande período de latência entre o estímulo e o desenvolvimento do câncer (RAMOS, 1984).

A distribuição da população segundo o sexo demonstra um equilíbrio entre o sexo masculino (50,5%) e o feminino (49,4%), recordando-se que estão agrupados todos os pacientes com diagnósticos oncológicos de diversas localizações topográficas (TAB. VI). Esse dado está de acordo com a pesquisa de BRUMINI et alii (1982) para o Brasil.

A correlação dessa variável com a faixa etária de-

monstra um fato importante, de que na idade mais produtiva (15-50 anos) a relação de pacientes do sexo feminino/masculino é de 1,6, o que equivale afirmar que na faixa etária produtiva as mulheres são as mais atingidas pela doença, especialmente pelo chamado câncer ginecológico (útero e mama). É preciso ainda ressaltar que esse período corresponde ao de fertilidade do sexo feminino, demonstrando que para esse sexo a doença teria um peso e um custo social maior, como bem discutido por MIRRA & FRANCO (1985). Esses dados coincidem com os de BARCELLOS & PECCIN (1983) no Rio Grande do Sul, demonstrando que na faixa etária de 30 a 49 anos a incidência no sexo feminino é maior do que no masculino.

Quanto ao estado civil, é possível constatar que os indivíduos casados representam 54,3% do total de pacientes oncológicos, vindo a seguir os solteiros (31,3%), os viúvos (12,2%) e outros (1,5%), (TAB. VII). A correlação desse indicador com a faixa etária revela que entre 0 e 15 anos predominam os indivíduos solteiros (97,8%), na idade de 15 a 50 anos existe um equilíbrio entre solteiros e casados e na faixa etária acima dos 50 anos, de maior incidência do câncer, predominam os casados (60,8%) sobre os solteiros. Como a maioria dos indivíduos casados são chefes de família é de se prever que, dependendo da gravidade do tumor e do tratamento instituído, é possível antecipar consequências econômicas, como a diminuição da renda familiar e psicológicas, como a desagregação da família. QUADRA et alii (1984) registraram também na sua pesquisa predomínio absoluto de indivíduos casados.

Há que se recordar dos dados obtidos por SWANSON et alii (1985), demonstrando que cada estado civil apresenta um perfil oncológico diverso e que a incidência de câncer entre os casados seria inferior aos demais. Embora essa pesquisa não tenha estabelecido a incidência, sinaliza que no caso desse estudo a realidade possa ser diversa daquela estabelecida pelos referidos autores, nos Estados Unidos. A associação do estado civil e câncer implica na etiologia de variáveis emocionais, cul

turais e sociais.

Segundo a distribuição geográfica, foi possível constatar que 48,8% se originaram de municípios com mais de 1.000.000 de habitantes; 33,0% de municípios, com menos de 50.000 habitantes e 8,1% de municípios entre 100.000 e 500.000 habitantes (TAB. VIII). Observa-se, nessa distribuição, a pequena parcela de pacientes de municípios de porte médio (100.000 a 1.000.000 de habitantes), provavelmente porque esses centros maiores (Montes Claros, Juiz de Fora e Uberlândia) já possuem seus próprios serviços de tratamento oncológicos, não necessitando encaminhar os seus pacientes para outros centros de tratamento.

Por outro lado, convém salientar que embora haja o predomínio de indivíduos procedentes dos grandes centros urbanos (municípios com mais de 1.000.000 de habitantes), parcela significativa (33%) provém de municípios com menos de 50.000 habitantes, demonstrando o caráter de universalidade da doença.

Quanto à distância da cidade de origem, em relação ao centro de tratamento (Belo Horizonte), observou-se que 55,5% provém de uma distância de 0 a 100 km, 24,3% provém de uma distância mais de 300 kms desse centro (TAB. IX).

Com relação à procedência dos pacientes oncológicos, verifica-se que 62,2% são originários da Zona Metalúrgica, 9,7% são do Vale do Rio Doce, 6,6%, originários da Zona da Mata e 10% de outras regiões do Estado, havendo ainda, 1,8% dos pacientes residentes em outros estados (TAB. X).

Tais dados atestam a concentração da atenção oncológica em Belo Horizonte, fazendo-se necessários grandes deslocamentos para uma parcela significativa da população oncológica, a fim de obter tratamento adequado. Esse fato implica em gastos não médicos (transporte, alimentação, etc), gerando um ônus financeiro, especialmente para os assalariados na faixa 1 a 2 salários mínimos e comprometendo uma parcela significativa da renda familiar, como demonstraram MAUAD et alii (1987).

Quanto à distribuição por cor, pode-se observar que 62,1% são indivíduos de cor branca e 37,9%, indivíduos não bran

cos (melanoderma e feoderma).

Esse resultado corresponde ao encontrado por QUADRA et alii (1984) nos pacientes oncológicos dos Hospitais das Clínicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Por outro lado, trabalho como o de BRUMINI et alii (1982) tem relegado esta variável para segundo plano.

A variação de incidência entre indivíduos brancos e não brancos é importante, podendo indicar uma interferência etiológica racial, social ou cultural. Assim, trabalhos, principalmente norte-americanos, têm procurado estudar o comportamento de tumores malignos entre os brancos e os negros, como o de BANG et alii (1988), que demonstraram uma frequência maior de tumores entre os negros em relação aos brancos.

Infelizmente, o presente trabalho não pôde analisar a taxa de incidência entre os indivíduos brancos e não brancos.

A composição por categoria previdenciária evidencia que 92,5% são beneficiários do sistema previdenciário estatal (INAMPS, 71,7% e FUNRURAL, 20,8%). Por outro lado, 4,4% não possuem qualquer tipo de assistência previdenciária e apenas 0,4% são pacientes particulares, sendo importante mencionar que a maioria dos seus prontuários encontram-se em arquivos médicos particulares, o que justificaria o baixo percentual encontrado (TAB. XI). Tais dados aproximam-se dos obtidos por QUADRA et alii (1984), que comprovaram ser a maioria absoluta da população oncológica estudada beneficiária do sistema previdenciário estatal.

Portanto, ao Estado cabe o maior ônus da assistência oncológica, haja vista que o tratamento dos pacientes previdenciários pelos serviços especializados credenciados é pago através do repasse de verbas para esses setores, reforçando o modelo de assistência médica individual e privada implantada no país, especialmente após a década de 70.

Uma possível explicação para o pequeno número de pacientes particulares seria de que os prontuários de tais pacientes estariam mantidos disponíveis somente em arquivos parti-

culares dos médicos.

O indicador relativo ao grau de incapacidade produzida pela doença foi impossível de se obter, pela omissão de dados dessa natureza nos prontuários, o que demonstra a falta de preocupação com as consequências sociais que implicam na limitação da capacidade de trabalho.

A distribuição segundo o diagnóstico topográfico do carcinoma demonstrou predomínio no sexo feminino de câncer ginecológico (mama-28,1%; colo do útero-18,1%, e ovário - 4,6%), do sistema digestivo (esôfago - 4,0%, estômago - 2,0%) e de pele (3,8%). No sexo masculino predominaram os tumores do sistema digestivo (esôfago - 12,2%, estômago - 4,7%), do sistema respiratório (laringe - 8,0%, traquéia, brônquios e pulmões - 8,0%), próstata (5,8%) e língua (5,0%), (TAB. XII). Esses dados são um pouco diversos dos obtidos no Brasil por BRUMINI et alii (1982). Embora os sistemas orgânicos atingidos sejam os mesmos, quer neste trabalho, quer no daqueles autores, observam-se diferenças em relação à distribuição percentual específica de determinada localização. Desse modo, no caso do sexo feminino, essa pesquisa demonstrou o predomínio do câncer de mama, em relação ao de colo de útero. Relação inversa foi obtida por BRUMINI et alii (1982): o câncer de pele ocupou o 5º lugar, enquanto naquele trabalho ocupou o 2º lugar; o câncer do intestino grosso que naquela pesquisa ocupou o 4º lugar com 4,3%, no presente trabalho não figura entre os oito mais frequentes.

No sexo masculino, observa-se uma ordem decrescente diferente, a saber: esôfago (12,2%), laringe (8,0%), traquéia, brônquios e pulmões (8,0%), próstata (5,8%), língua (5,0%), orofaringe (4,8%), estômago (4,7%) e hipofaringe (4,3%). A ordem decrescente estabelecida por BRUMINI et alii (1982) foi pele (28,9%), estômago (10,6%), boca (8,5%), próstata (6,0%), intestino grosso (4,31%), esôfago (4,3%), laringe (4,2%) e bexiga (3,8%).

Essa divergência pode ser justificada pela metodologia utilizada por BRUMINI et alii (1982) que trabalharam com

todos os casos diagnosticados nos laboratórios patológicos do Brasil, enquanto a presente pesquisa utilizou como fonte uma amostragem de serviços oncológicos credenciados pelo INAMPS na região metropolitana de Belo Horizonte. Como afirma QUADRA et alii (1984), existem também diferentes características de demanda, visto que cânceres como o de pele, por exemplo, não necessitam tratamentos altamente especializados nos serviços oncológicos, mas sim de exames anátomo-patológicos.

É preciso ressaltar a elevada frequência atingida pelo câncer ginecológico (50,8%), um tipo considerado hoje como prevenível à medida que é constatado na sua fase inicial, garantindo uma sobrevida próxima ao normal. É possível que todos os fatores etiológicos, mencionados por BERG & LAMPE (1981), GORI (1979) e DEVESA (1984), MACK et alii (1985), estejam implicados no predomínio desse tipo de câncer, como o nível sócio-econômico baixo, o estado civil, higiene pessoal precária, a idade precoce da primeira relação sexual, promiscuidade sexual e aspectos religiosos.

Já no sexo masculino, o predomínio do câncer do trato respiratório e digestivo se justifica pelo consumo de álcool, uso do tabaco e pelos fatores ocupacionais e ambientais, como afirmam os trabalhos de PRESTON-MARTIN et alii (1982) e PORTA (1983).

Essa distribuição topográfica demonstra que a maioria dos tumores de maior incidência nessa pesquisa (mama, colo uterino) são passíveis de diagnóstico precoce se houver programas preventivos voltados para esta finalidade, como demonstrado por WENNSTR'ON (1987), na Suécia, implicando na redução de mortes prematuras, como afirma HUTCHINSON (1985).

Deve-se ressaltar que de acordo com PAVLOVSKY & MURIEL (1985) para a maioria desses tumores malignos de maior prevalência como os de colo de útero, esôfago e pulmão não existem provas contundentes de que os agentes antineoplásicos possam prolongar significativamente a sobrevida desses pacientes, quando diagnosticados tardiamente.

Para o estudo do estadiamento clínico, utilizou-se como referencial o carcinoma de mama, totalizando 185 casos, sendo que apenas em 54 existia o estadiamento inscrito no prontuário médico, ou seja, em 29,2%.

A distribuição segundo o estadiamento foi a seguinte: I - 35,2%; II - 29,6%; III - 27,8%; IV - 7,4% (GRÁF. 2). Tais dados indicam que em 64,8% dos casos não existe precocidade no diagnóstico, fator decisivo no prognóstico da doença. Esse dado está próximo do constatado pelo PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER (1986) quando afirmou que no Brasil cerca de 70% dos cânceres são diagnosticados em estágios avançados.

É possível atribuir esses fatos à indefinição de uma política para a prevenção do câncer, como constatou a comissão organizadora do SEMINÁRIO SOBRE O CONTROLE DO CÂNCER CERVICO-UTERINO E DA MAMA (1985), segundo o qual apenas em 7% das 10.684 unidades de saúde do país existia alguma atividade de prevenção do câncer ginecológico.

Definido o perfil social da população oncológica, cabe analisar as ações assistenciais desenvolvidas e discutir a política de controle da doença promovida pelo Estado. Nessa avaliação, serão utilizados determinados indicadores clínico-biológicos, obtidos a partir de dados existente nos prontuários médicos.

Todos os serviços oncológicos estudados são credenciados pelo sistema estatal de previdência social. A pergunta que se tentará responder é: que tipo de assistência e que política é desenvolvida por esses serviços subsidiados pelo Estado?

Uma primeira observação verificada nesse estudo é a estratificação social dos serviços, ou seja, existe pré-seleção quanto à clientela a ser atendida. Essa pré-seleção torna-se patente, utilizando-se a categoria previdenciária como determinante da estratificação social. Nos serviços oncológicos dos hospitais Felício Rocho e Belo Horizonte, predominam os pacientes do INAMPS (90%), no hospital da Santa Casa de Miseri-

córdia, cresce o percentual de benefícios do FUNRURAL e não pagantes (36,6%), sendo que estes representam a maioria (61,9%) dos pacientes do Hospital Mário Pena, onde foi comprovada a ausência de pacientes particulares em todos os serviços (TAB. XIII).

Esse dado demonstra que o acesso aos serviços médicos se processa, ou se processou, até então, em função da condição das pessoas serem beneficiárias da previdência estatal ou de adquirirem uma assistência médica privada especializada. Não foi possível constatar na literatura revisada nenhum autor que tenha efetuado uma discussão semelhante sobre o assunto.

No caso da assistência médica brasileira em geral, a população residente nos municípios que possuem médicos não tem, necessariamente, acesso a eles. A concentração de recursos, bem como a heterogeneidade dos benefícios médico-assistenciais no interior do sistema previdenciário, acompanham, sem dúvida, as exigências sociais de natureza econômica e política. Mesmo havendo serviços médicos implantados, a tendência seria para encaminhamento dos pacientes a centros maiores, em razão da falta de instrumentos de diagnósticos e dos próprios custos da doença e da assistência às áreas mais industrializadas nos grandes centros urbanos, nos quais se concentram os recursos da Previdência Social destinados à assistência médica. O restante da população brasileira, que constitui a grande maioria, incluindo-se aqui os chamados "estratos inferiores" da população previdenciária, que compõem a "demanda insatisfeita" da assistência médica da Previdência Social, fica particularmente a descoberto, fato também analisado por POSSAS (1981).

Um indicador importante, capaz de refletir o impacto social e econômico da doença, é a média de dias de internação hospitalar e o seu custo global para o Estado. Dos hospitais pesquisados, apenas no Felício Rocho não foi possível obter a média de internação, visto que o prontuário de internação hospitalar era independente do prontuário de oncologia e arquivado no SAME hospitalar.

Nos demais hospitais, constatou-se que o de maior média de dias de internação, no período de 1980-84, foi o hospital Mário Pena (30,7 dias), vindo a seguir o Hospital da Santa Casa (19,8 dias) e o Hospital Belo Horizonte (7,8 dias), (TAB. XIV).

Coincidentemente, observa-se que os serviços que apresentam maior média de dias de internação são aqueles onde é maior o índice de não pagantes e pacientes do FUNRURAL. Uma hipótese seria de que esses pacientes, apresentando tumores em estágios mais avançados devido à demora no diagnóstico, necessitariam de tratamentos mais intensivos e internações mais prolongadas.

É importante ainda mencionar que esse indicador é influenciado por variáveis, tais como: o tipo de tratamento (cirúrgico, quimioterapia e radioterapia), sendo que a maior parcela das internações deve-se aos tratamentos cirúrgicos e quimioterápicos ao estágio do tumor e aos recursos terapêuticos existentes no serviço.

A média de dias de internação geral foi de 19,5 dias que, se multiplicado pelo número total da população oncológica atendida nos serviços oncológicos de Belo Horizonte, no período de 1980 a 84, daria um total de 42.285 dias de internação; isso representaria um custo de US\$4.576.125, se utilizado o custo diário de internação de US\$10,37 proposto por VERAS et alii (1987).

Tais dados refletem o ônus para o Estado em priorizar o atendimento clínico, em detrimento de uma política de caráter preventivo, o que possibilitaria resultados mais satisfatórios a nível coletivo, como demonstrado por WENNSTR'ON (1988), na Suécia e custos mais reduzidos, como afirmado por HUTCHINSON (1985).

O diagnóstico precoce representa um aspecto importante no controle da doença, podendo ser analisado, utilizando-se o indicador que relaciona o tempo entre o início dos sinais e sintomas e a confirmação clínico-hospitalógica.

O tempo de demora ou de espera para o diagnóstico obtido por essa pesquisa demonstrou que 52,8% dos pacientes tiveram o seu diagnóstico confirmado até 3 meses após o início dos sintomas, enquanto em 28,0% dos casos essa confirmação do diagnóstico só se deu após 6 meses do início dos sintomas (TAB. XV). Na pesquisa de HACKETT et alii (1981), os resultados obtidos para as faixas de tempo mencionados foram respectivamente de 61,0% e 25,6%.

A proximidade dos resultados obtidos por essa pesquisa e o trabalho dos referidos autores deve ser analisada com insensação crítica, para que se possa afirmar existir uma assistência eficiente na elaboração do diagnóstico precoce no Brasil, em comparação aos Estados Unidos. Essa pesquisa americana baseou-se em entrevistas pessoais, fornecendo-se uma maior sensibilidade, enquanto esse trabalho baseou-se nos dados obtidos dos prontuários médicos, nem sempre precisos, o que, por outro lado não os invalida e nem o valor do indicador.

Um outro fator relacionado ao tempo de demora do diagnóstico refere-se à percepção da doença, conforme afirma BOLTANSKI (1979). Segundo este autor, a percepção do corpo e consequentemente da doença é socialmente dada, deste modo o sinal ou sintoma perceptível aos pacientes norte-americanos, pode-se situar em um limite inferior aos dos pacientes oncológicos estudados na presente pesquisa, uma vez que estes pertencem a grupos sociais menos favorecidos, nos quais a percepção da doença pode estar relacionada a um grau extremo de limitação da capacidade física, por exemplo.

Existe uma correlação positiva entre a categoria previdenciária e o tempo de demora no diagnóstico. Constatou-se que os pacientes particulares têm um índice de diagnóstico precoce (menos de 3 meses) maior do que os previdenciários do INAMPS, que por sua vez apresentam um percentual maior que os não pagantes e os beneficiários do FUNRURAL (TAB. XVI). No que diz respeito aos que esperam mais de 6 meses, a relação é inversa?

A categoria previdenciária expressa, em última análise,

lise, a qualidade da assistência médica oferecida. Os pacientes particulares podem escolher e comprar os melhores serviços. Os usuários do INAMPS apresentam uma gama maior de escolha de serviços de médicos de qualificações variadas, enquanto os beneficiários do FUNRURAL e não-pagantes ficam a mercê dos serviços médicos que se dispõem a atendê-los. Aqui cabe a análise elaborada por POSSAS (1981), já discutida em relação à organização da assistência médica brasileira.

A faixa etária demonstrou também uma correlação positiva com o tempo de demora no diagnóstico. O crescimento na faixa etária implica na diminuição do percentual de diagnóstico precoce (menos de 3 meses), (TAB. XVII e GRÁF. 3). Uma possível explicação para o fato seria uma atenção maior socialmente dispensada às crianças e adolescentes, principalmente pelos pais.

É preciso considerar que uma atenção especial deve ser dada ao paciente idoso, como bem define MOR (1984). Esse paciente apresenta características psicológicas e sociais específicas, principalmente nos países subdesenvolvidos, o que pode interferir sensivelmente na demora do diagnóstico.

O tempo de demora do diagnóstico demonstrou associação estatisticamente significativa com a classe social. A ordem crescente, segundo o índice de diagnóstico precoce, é a seguinte: pequena burguesia (34,0%), subproletariado (48,3%), proletariado (51,9%) e burguesia gerencial (100%), (TAB. XVIII). Tais dados atestam que o diagnóstico precoce tende a crescer, segundo a inserção social dos indivíduos. O dado surpreendente, nessa correlação, é o baixo percentual de diagnóstico precoce na pequena burguesia, sendo o reduzido número de pacientes da pequena burguesia na amostra uma possível explicação para o fato.

HACKETT et alii (1983) demonstraram correlação semelhantes na sua pesquisa e atribuíram-na ao fato de que as classes sociais mais elevadas procuram o serviço médico mais rapidamente, ao aparecimento dos primeiros sintomas.

Outro indicador analisado foi o ("follow-up"), pois, uma vez estabelecido o diagnóstico clínico, cabe estabelecer o tratamento oncológico, que normalmente associa cirurgia-quimioterapia ou cirurgia-radioterapia, o que necessariamente implica no acompanhamento "follow-up" do paciente, como definido por BERMUDEZ & ESPOSITO (1983) e preconizado pela OPAS (1985), dentro da política de controle da doença.

Os dados obtidos pela presente pesquisa demonstraram índices preocupantes. A perda de "follow-up" dos pacientes representam 63%, incluindo-se os abandonos e os casos não esclarecidos (TAB. XIX).

Não foi possível obter nenhum índice comparativo na literatura consultada. BERMUDEZ & ESPÓSITO (1983) relatam que esse é um problema importante no tratamento oncológico e reforçam a necessidade da existência de uma estrutura organizacional para o "follow-up". Os referidos autores afirmam que, com o financiamento da estrutura, é possível recuperar 70% dos pacientes que interromperam o tratamento.

Esse índice tão elevado de perda de "follow-up" revela uma falta de sequência no tratamento do paciente, fator indispensável para a obtenção de resultados clínicos satisfatórios, o grande "turn-over" de pacientes em cada serviço, a impossibilidade de avaliação de eficácia e eficiência do tratamento clínico instituído, bem como de indicadores de sobrevivência, quantitativo e qualitativo, como proposto por PRESSANT (1984).

Todos os fatos mencionados acima geram a concepção de que os serviços são estruturados em função da doença e não dos doentes, consequência da falta de definição de uma política de controle da doença pelos órgãos mantenedores desse serviço, no caso principalmente o INAMPS, e, conseqüentemente, o Governo.

Um outro aspecto a ser abordado refere-se à relação médico-paciente. Talvez, mais do que qualquer outra doença, o câncer seja capaz de demonstrar a perda da perspectiva humanista da relação médico-paciente, gradativamente subs-

tituída pela missão mecanicista e capitalista da relação prestador-beneficiário do serviço. Esta relação, incapaz de superar ou conflitos psíco-sociais vividos pelo doente no curso da evolução de sua patologia, gera uma relação tênue fria e distante, que acabada gerando seu rompimento (a perda do "follow-up").

Foram levantadas correlações de variáveis relacionadas ao abandono do tratamento, através do pareamento dos indivíduos que apresentaram essa característica com aqueles que permaneceram em continuidade de tratamento.

Estudando o índice de abandono de tratamento com a variável faixa etária, pode-se observar uma correlação direta entre o crescimento do índice de abandono e faixa etária. Desse modo, é possível observar que o menor índice encontra-se na faixa etária de 5 a 10 anos e o maior, entre 70 e 75 anos (TAB. XX).

Nenhum dos trabalhos pesquisados faz menção a esse índice. É de se supor que o índice maior de abandono na idade senil possa-se justificar pelo prognóstico do tumor, ou por aspectos sociais ou psicológicos relacionados à senilidade, proposto por MOR (1984).

A correlação do abandono do tratamento com a distância de procedimento do paciente demonstra uma relação direta. Assim, os índices obtidos foram: municípios até 100 km de distância: 69,4%, de 100 a 300: 73,0%, de 300 a 500: 85,8%, de 500 ou mais: 89,5% (TAB. XXI).

Essa associação demonstra a concentração do atendimento oncológico em Belo Horizonte e a necessidade da descentralização entre tipo de serviço, possibilitando um acesso mais fácil do paciente, bem como a continuidade do tratamento, visto que o custo não-médico envolvido no deslocamento do paciente do município de origem até o local de tratamento, como afirmado por MAUAD et alii (1987), poderia ser causa de abandono do tratamento.

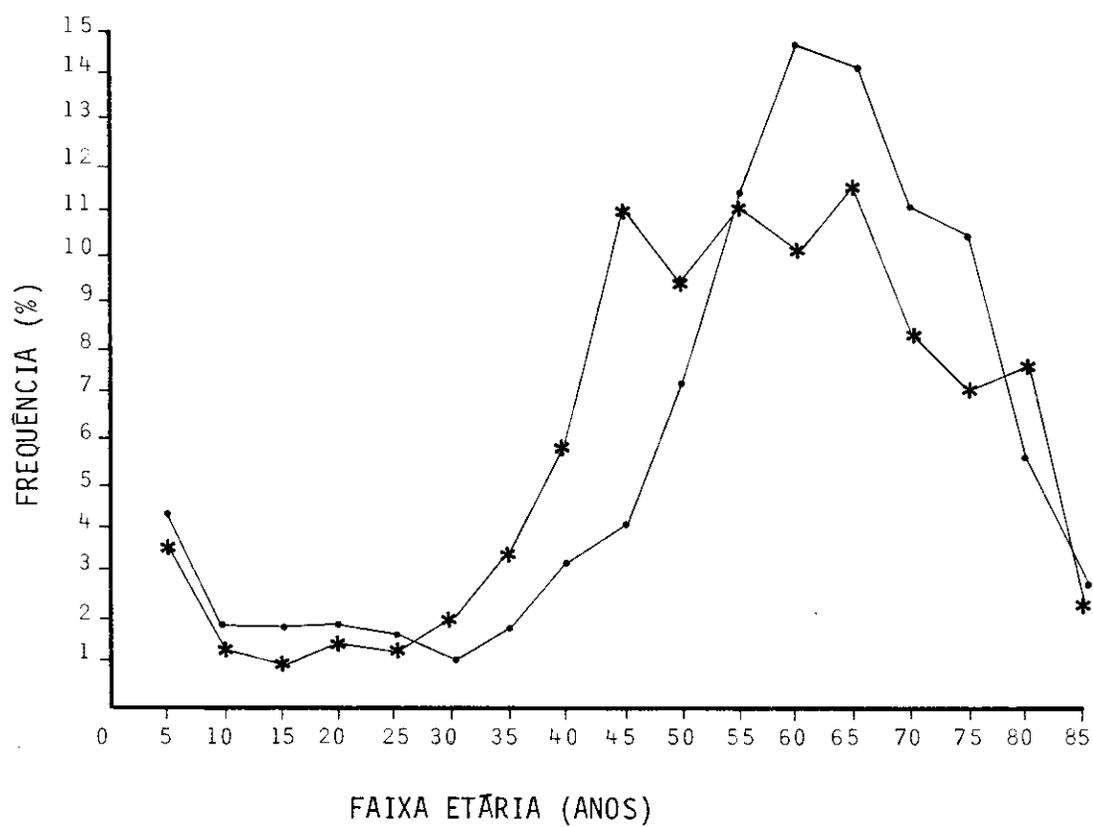
Não foi constatada, estatisticamente associação significativa entre abandono de tratamento e as variáveis estado civil e classe social (TAB. XXII e TAB. XXIII).

TABELA IV - Distribuição dos pacientes oncológicos segundo a classe social em Belo Horizonte, 1980-4

Classe social	Número de pacientes	%
Subproletariado	1.036	88,2
Proletariado	78	6,6
Pequena burguesia	59	5,0
Burguesia gerencial	2	0,2
Burguesia empresarial	0	0,0
Total	1.175	100,0

TABELA V - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo a faixa etária e sexo, em Belo Horizonte, 1980-4

Faixa etária (anos)	S e x o			
	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
0 — 5	27	4,3	23	3,7
5 — 10	11	1,8	8	1,3
10 — 15	11	1,8	6	1,0
15 — 20	11	1,8	9	1,5
20 — 25	10	1,6	8	1,3
25 — 30	7	1,1	12	1,9
30 — 35	11	1,8	20	3,3
35 — 40	20	3,2	36	5,8
40 — 45	26	4,1	68	11,0
45 — 50	45	7,2	58	9,4
50 — 55	72	11,4	70	11,4
55 — 60	92	14,6	63	10,2
60 — 65	90	14,2	71	11,5
65 — 70	70	11,1	51	8,3
70 — 75	66	10,5	44	7,1
75 — 80	35	5,6	47	7,6
80 — 85	15	2,4	15	2,4
85 e mais anos	11	1,8	7	1,1
Total	630	100,0	616	100,0



- Masculino
- * Feminino

GRÁFICO 1 - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo a faixa etária e sexo, em Belo Horizonte, 1980/4.

TABELA VI - Distribuição dos pacientes oncológicos por grupo etário e sexo, em Belo Horizonte, 1980-4

Grupo etário (anos)	S e x o					
	Masculino		Feminino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
0 —— 15	49	57,0	37	43,0	86	100
15 —— 50	130	38,7	211	61,3	341	100
50 e mais anos	451	55,1	368	44,9	819	100
Total	1.230	50,6	616	49,4	1.246	100

TABELA VIII - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo as classes de habitantes do município de procedência, 1980-4

Classes de população do município de procedência		Número de pacientes	%
Menor de	50.000	336	33,0
50.000	— 100.000	143	14,1
100.000	— 500.000	82	8,1
500.000	— 1.000.000	0	0,0
1.000.000 e mais habitantes		456	48,8
Total		1.017	100,0



TABELA IX - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo a distância do local de procedência a Belo Horizonte, 1980-4

Distância em relação a Belo Horizonte (Km)	Número de pacientes	%
0 — 100	565	55,5
100 — 300	248	24,3
300 — 500	173	17,0
500 e mais km	33	3,2
Total	1.019	100,0

TABELA X - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo a procedência das macrorregiões geopolíticas do Estado de Minas Gerais, 1980-4

Macrorregiões	Número de pacientes	%
Metalúrgica	647	62,2
Rio Doce	101	9,7
Sul de Minas	99	9,5
Zona da Mata	69	6,6
Alto São Francisco	48	4,6
Jequitinhonha	29	2,8
Noroeste	16	1,5
Triângulo e Alto Paranaíba	12	1,2
Outros Estados	19	1,8
Total	1.090	100,0

TABELA XI - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo o vínculo previdenciário em Belo Horizonte, 1980-4

Vínculo previdenciário	Número de pacientes	%
INAMPS	825	71,7
FUNRURAL	239	20,8
Não-pagante	51	4,4
Particular	5	0,4
Outros	31	2,7
Total	1.151	100,0

TABELA XII - Localização topográfica dos cânceres mais frequentes, segundo o sexo dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4

Localização topográfica	Sexo feminino		Localização topográfica	Sexo masculino	
	Número	%		Número	%
Mama	185	28,1	Esôfago	76	12,2%
Colo útero	119	18,1	Laringe	50	8,0%
Ovário	30	4,6	Traquéia, brônquios, pulmão	50	8,0%
Esôfago	26	4,0	Próstata	36	5,8%
Pele	25	3,8	Língua	31	5,0%
Estômago	13	2,0	Orofaringe	30	4,8%
Língua	13	2,0	Estômago	29	4,7%
Tecidos moles	12	1,8	Hipofaringe	27	4,3%
Outros	235	35,7	Outros	294	47,2%
Total	658	100,0		623	100,0%

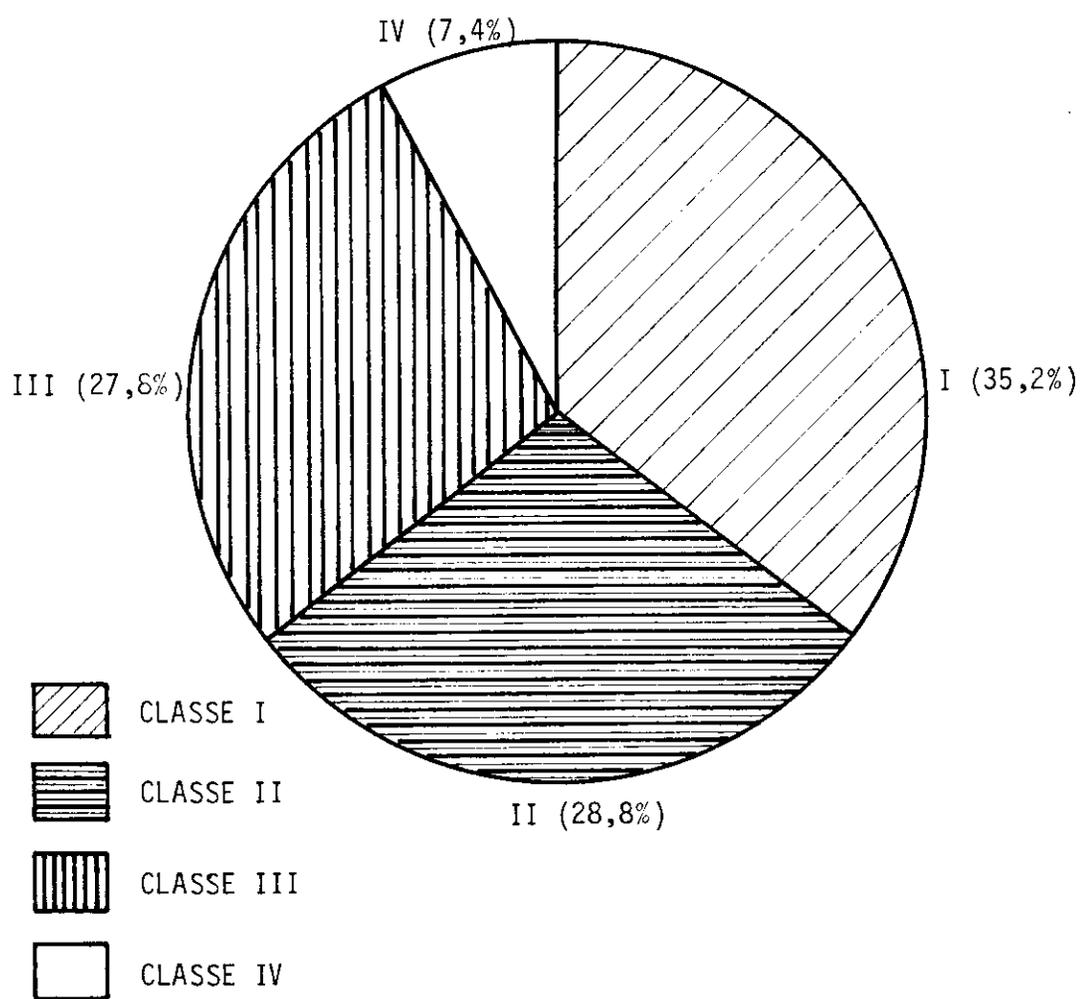


GRÁFICO 2 - Distribuição do estadiamento (FIGO) do câncer de mama dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte 1980/4.

TABELA XIII - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo o vínculo previdenciário e os serviços oncológicos, em Belo Horizonte, 1980-4

Serviço oncológico	V í n c u l o P r e v i d e n c i á r i o											
	INAMPS		FUNRURAL		Não pagante		Particular		Outros		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Felício Rocho	347	98,6	1	0,3	1	0,3	1	0,3	2	0,6	352	100
Belo Horizonte	230	85,2	0	0	3	0,8	0	0	37	13,7	270	100
Santa Casa	189	60,6	91	29,2	23	7,4	0	0	9	2,9	312	100
Mário Pena	71	25,5	147	52,9	25	9,0	0	0	35	12,6	278	100

TABELA XIV - Distribuição de dias de internação e relação dias de internação/paciente, segundo o serviço oncológico em Belo Horizonte, 1980-4

Serviço oncológico (Hospital)*	Dias internação	Total de pacien- tes pesquisados	Dias de inter- nação/paciente
Mário Pena	8.706	284	30,7
Santa Casa	6.521	328	19,8
Belo Horizonte	2.222	284	7,8
Total	17.449	896	19,5

* A ausência de dados sobre o hospital Felício Rocho deve-se à falta de informações sobre o assento nos prontuários oncológicos pesquisados.

TABELA XV - Distribuição do tempo de demora no diagnóstico dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4

Tempo de demora no diagnóstico (meses)	Número de pacientes	%
0 ———— 3	625	52,8
3 ———— 6	230	19,4
6 ———— 9	130	11,0
9 ———— 12	39	3,3
12 ———— 15	60	5,1
15 ———— 18	5	0,4
18 ———— 21	9	0,8
21 ———— 24	2	0,2
24 e mais meses	83	7,2
Total	1.183	100,0

TABELA XVI - Distribuição do tempo de demora no diagnóstico segundo o vínculo previdenciário dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4

Vínculo previdenciário	Tempo de demora (meses)							
	0 ----- 3		3 ----- 6		6 e mais meses		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Particular	3	60,0	1	20,0	1	20,0	5	100
INAMPS	474	57,5	149	18,1	202	24,5	825	100
Não pagante	21	41,2	10	19,6	20	39,2	51	100
FUNRURAL	84	35,2	60	25,1	95	39,8	239	100
Total	582	52,0	220	19,6	318	28,4	1.120	100

$\chi^2 = 42$ (significativo).

TABELA XVII - Distribuição do tempo de demora no diagnóstico segundo a faixa etária dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4

Faixa etária (anos)	Tempo de demora no diagnóstico (meses)								Total	
	0 ----- 3		0 ----- 6		6 e mais meses					
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%		
0 ----- 5	45	90	3	6	2	4	50	100		
5 ----- 10	15	78,9	2	10,5	2	10,6	19	100		
10 ----- 15	12	70,6	1	5,9	5	23,5	17	100		
15 ----- 20	12	66,7	3	16,7	3	16,6	18	100		
20 ----- 25	11	61,1	3	16,7	4	22,2	18	100		
25 ----- 30	13	68,4	2	10,5	5	21,1	19	100		
30 ----- 35	18	58,1	2	6,5	11	35,4	31	100		
35 ----- 40	31	55,4	10	17,9	15	26,7	56	100		
40 ----- 45	55	57,3	18	18,8	23	23,9	96	100		
45 ----- 50	54	52,4	23	22,3	26	25,3	103	100		
50 ----- 55	69	48,6	23	16,2	50	35,2	142	100		
55 ----- 60	68	43,9	41	26,5	46	29,6	155	100		
60 ----- 65	80	49,1	43	26,4	40	24,5	163	100		
65 ----- 70	54	49,3	26	21,3	42	34,4	122	100		
70 ----- 75	52	46,9	23	20,7	36	32,4	111	100		
75 ----- 80	38	45,8	16	19,3	29	34,9	83	100		
80 ----- 85	16	53,3	3	10,0	11	36,7	30	100		
85 e mais anos	12	66,7	3	16,7	5	16,6	18	100		
Total	655		245		355		1.255			

$\chi^2 = 68,7$ (significativo).

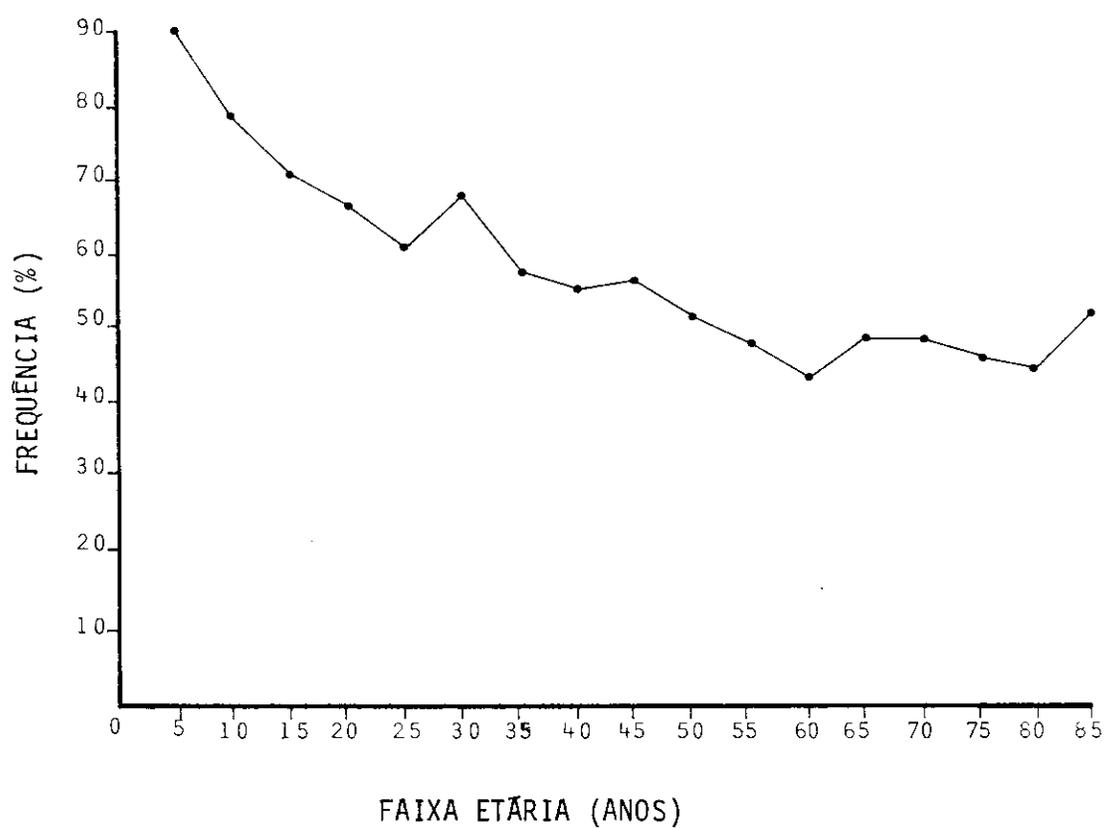


GRÁFICO 3 - Distribuição do tempo de demora no diagnóstico, segundo a faixa etária dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980/4.

TABEL XVIII - Distribuição do tempo de demora no diagnóstico, segundo a classe social dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4

Classe social	Tempo de demora (meses)							
	0 ----- 3		3 ----- 6		6 e mais meses		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Subproletariado	386	48,3	169	31,1	245	30,6	800	100
Proletariado	40	51,9	16	20,8	21	27,3	77	100
Pequena burguesia	15	34,0	13	29,6	16	36,4	44	100
Burguesia gerencial	2	100,0	0	0	0	0	2	100
Total	443		198		282		923	

$\chi^2 = 19,4$ (significativo).

TABELA XIX - Distribuição dos pacientes oncológicos, segundo o "follow-up" em Belo Horizonte, 1980-4

"follow-up"	Número de pacientes	%
Abandono	370	33,4
Óbito	173	15,6
Continuidade	133	11,9
Alta	99	8,9
Não esclarecido	334	30,1
Total	1.109	100,0

TABELA XX - Distribuição do abandono e da continuidade do tratamento, segundo a faixa etária dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4

Faixa etária (anos)	Abandono		Continuidade		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
0 —— 5	6	66,7	3	33,3	9	100
5 —— 10	1	25,0	3	75,0	4	100
10 —— 15	6	66,7	3	33,3	9	100
15 —— 20	2	66,7	1	33,3	3	100
20 —— 25	3	60,0	2	40,0	5	100
25 —— 30	2	28,6	5	71,4	7	100
30 —— 35	8	61,5	5	38,5	13	100
35 —— 40	17	70,8	7	29,2	24	100
40 —— 45	23	60,5	15	39,5	38	100
45 —— 50	24	58,5	17	41,5	41	100
50 —— 55	41	75,9	13	24,1	54	100
55 —— 60	45	72,5	17	27,5	62	100
60 —— 65	52	71,2	21	28,8	73	100
65 —— 70	42	87,5	6	12,5	48	100
70 —— 75	52	88,1	7	11,9	59	100
75 —— 80	28	84,8	5	15,2	33	100
80 —— 85	12	85,7	2	14,3	14	100
85 e mais anos	6	85,7	1	14,3	7	100
Total	370	100,0	133	100,0	503	100

$\chi^2 = 37,2$ (significativo).

TABELA XXI - Distribuição do abandono e da continuidade no tratamento, segundo a distância geográfica da procedência dos pacientes oncológicos em relação a Belo Horizonte, 1980-4

Distância geográfica (kms)	Abandono		Continuidade		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
0 ----- 100	163	69,4	72	30,6	235	100
100 ----- 300	73	73,0	27	27,0	100	100
300 ----- 500	72	85,8	12	14,2	84	100
500 e mais	17	89,5	2	10,5	19	100
Total	325	100,0	113	100,0	438	100

$\chi^2 = 12,7$ (significativo).

TABELA XXII - Distribuição do abandono e da continuidade do tratamento, segundo o estado civil dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4

Estado civil	Abandono		Continuidade		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Casado	52	58,4	24	31,6	76	100
Solteiro	255	74,5	87	25,5	342	100
Viúvo	70	80,5	17	19,5	87	100
Desquitado	3	42,9	4	57,1	7	100
Total	380		132		512	

$x^2 = 6,45$ (não significativo).

TABELA XXIII - Distribuição do abandono e da continuidade do tratamento, segundo a classe social dos pacientes oncológicos em Belo Horizonte, 1980-4

Classe social	Abandono		Continuidade		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Subproletariado	240	73	88	27	328	100
Proletariado	19	61	12	39	31	100
Pequena burguesia	18	92	7	28	25	100
Total	277	72	107	28	384	100

$\chi^2 = 1,92$ (não significativo).



6. CONCLUSÕES

. Este trabalho demonstra que é a fração de classe social menos privilegiada na relação social que compõe a maior parcela da população oncológica, fazendo com que as consequências sociais da doença, recaiam principalmente sobre este grupo.

. A associação da doença com a faixa etária (predomínio do grupo etário acima de 50 anos), relacionado ao fato da maioria destes indivíduos serem casados, demonstra que as consequências do câncer não são simplesmente individuais, mas também sociais, podendo evidenciar através da limitação da sobrevivência das pessoas atingidas, limitações da capacidade de trabalho, diminuição da renda familiar, desagregação psíquico-social da família.

. Na faixa etária de 15 a 50 anos, existe um predomínio de pessoas do sexo feminino, comprometendo este grupo populacional no seu período de maior produtividade e fertilidade.

. O caráter de universalidade da doença fica demonstrado pela procedência dos pacientes originários de diversas regiões do Estado, de municípios de pequeno e grande porte.

. O ônus financeiro da assistência oncológica é do Estado, uma vez que a maioria dos pacientes são beneficiários

do sistema previdenciário estatal, o que torna o Estado o principal responsável pela definição de uma política de controle da doença.

. A alta prevalência do câncer ginecológico e o estadiamento avançado, quando do diagnóstico, atestam a necessidade de uma política de prevenção da doença.

. As ações oncológicas curativas, prestadas pelos serviços credenciados junto ao INAMPS, demonstraram um caráter de fragmentação da assistência oferecida, uma pré-seleção social da clientela a ser atendida, concentração nos grandes centros urbanos, ausência de uma política de acompanhamento do paciente, incapacidade para a avaliação da eficácia e a eficiência do trabalho desenvolvido, reproduzindo um modelo assistencial imposto principalmente a partir da década de 70.

. A demora no diagnóstico demonstrou relação estatisticamente significativa com as variáveis vínculo previdenciário, faixa etária e classe social.

. O alto índice (63%) de perda do seguimento do paciente ("follow-up") implica na falta de sequência do tratamento, num "turn-over" de pacientes, na impossibilidade da avaliação da eficácia do tratamento oncológico e na impossibilidade de elaboração de indicadores de sobrevida, do ponto-de-vista qualitativo e quantitativo.

. O abandono do tratamento demonstrou relação estatisticamente significativa com a faixa etária, com a distância do município de procedência em relação a Belo Horizonte e não demonstrou relação estatisticamente significativa com a classe social e o estado civil.

7. PROPOSIÇÕES

. Inserir dentro do sistema unificado de saúde as ações preventivas e curativas relacionadas ao câncer, objetivando a descentralização da atenção oncológica e o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência;

. criar um sistema de vigilância epidemiológica direcionada ao câncer;

. formular uma política de controle da doença, com ênfase nos aspectos coletivos e preventivo, rompendo as dicetímias existentes entre os enfoques individual/coletivo, setor público/privado;

. desenvolver uma política de "follow-up", condicionando-se a remuneração dos serviços ao seguimento do paciente e não simplesmente ao tratamento efetuado;

. incrementar o estudo da oncologia nos cursos de graduação dos profissionais da área de saúde;

desenvolver pesquisas que demonstrem a relação dos fatores sociais na etiologia e no tratamento do processo cancerígeno.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE MINAS GERAIS 1983/84. Belo Horizonte, V. 1985. 647p.
2. BANG, M.K.; WHITE, J.E.; GAUSE, B.L.; LEFFAL, L.D. Evaluation of recent trends in cancer mortality and incidence among blacks. *Cancer*, Philadelphia, 61:1255-61, 1988.
3. BARCELOS, L.B. & PECCIN, B.A. Incidência e mortalidade por câncer no Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 17(5):367-76, 1983.
4. BARROS, M.B.A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 20(4):269-73, 1986.
5. BERG, J.W. & LAMPE, J.G. High-Risk factors in gynecologic cancer. *Cancer*, Philadelphia, 48:429-41, 1981.
6. BERMUDEZ, L.A. & ESPOSITO, H.A. Importância del registro de tumores en el seguimiento clínico del paciente. *Prensa Médica Argentina*, Buenos Aires, 70(4):149-53, 1983.
7. BERQUÕ, E.S. *Bioesteotética*. São Paulo, EPU, 1981. 184p.
8. BLAIR, A.; MALKER, H.; CANTOR, K.P.; BURMEISTER, L.; WIKLUND, K. Cancer among farmers. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, Helsinki, 11(6):397-407, 1985.

9. BIXBY, L.R. & VÁSQUEZ, C.G. Epidemiologia descritiva de câncer de mama y de cuello de útero em Costa Rica. *Boletim Oficina Sanitária Panamericana*, Washington, 102(5): 483-93, 1987.
10. BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, 1979. 162p.
11. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Programa de Controle do Câncer*. Brasília, 1977. 63p.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatística de mortalidade Brasil 1983*. Brasília, 1987. p.2, 222, 228.
13. BREILH, J. & GRANDA, E. Os novos rumos da Epidemiologia. In: NUNES, E.D. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Brasília, OPAS, 1985. p.241-54.
14. BRUMINI, R. et alii. *Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, 1982. 480p.
15. COCHRAN, W.G. *Técnicas de Amostragem*. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1965. 555p.
16. DEVESA, S.S. Descriptive epidemiology of cancer of the uterine cervix. *Obstetrics and gynecology*, New York, 63 (5):605-12, 1984.
17. ERNSTER, V.L. Women, Smoking, Cigarette advertising and cancer. *Women Health*, Bunghamton, 4(3-4):217-35, 1986.
18. FONSECA, C.M.O.; KLEIN, L.E.; ALBUQUERQUE, M.B.M.; BODSTEIN, R.C.A.; FERNANDES, T.M.D. *A política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1987, 212p.
19. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Rio de Janeiro. *Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980*. Rio de Janeiro, 1988. 20p.
20. GORI, G.B. Dietary and Nutricional implications in the multifactorial etiology of certain prevalent human cancers. *Câncer*, Philadelphia, 43:2151-6, 1979.

21. GRAVES, P.L.; MEAD, L.A.; PEARSON, T.A. The Rorschach interaction scale as a predictor of cancer. *Psychosomatic Medicine*, New York, 48(8):549-63, 1986.
22. HACKETT, T.P.; CASSEM, N.H.; RAKER, J.W. Patient delay in cancer. *New England Journal of Medicine*, Boston, 289(1):14-20, 1973.
23. HANAI, A. & FUJIMOTO, I. Survival rate as an index in evaluating cancer control. *International Agency for Research on Cancer Scientific Publications*, Lyons, 66:87-107, 1985.
24. HUTCHINSON, A.R. Critérios para a definição de populações de risco e da periodicidade dos exames. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, 31(3):199-200, 1985.
25. JOLY, P.J. El control del cancer. In: SONIS, A. et alii. *Medicina Sanitaria*, Buenos Aires, el Ateneo, 1976. p.262-77.
26. KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: Um desafio novo. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 21:200-10, 1987.
27. LAURELL, A.C. A Saúde-Doença como processo social. In: NUNES, E.D. *Medicina Social e aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983. p.133-59.
28. Mc CUSKIER, J. The terminal period of cancer: definition and descriptive epidemiology. *Journal Chronic Disease*, Oxford, 37(5):377-85, 1984.
29. MAC MAHON, P. Risk factors for cancer of the pancreas. *Cancer*, Philadelphia, 50:2676-80, 1982.
30. MACK, T.M.; BERKEL, J.; BERNSTEIN, L.; MACK, W. Religion and cancer in Los Angeles County. *National Cancer Institute Monograph*, Washington, 69:235-45, 1985.
31. MAUAD, E.C.; MUCILLO, G.; LOCCI, G.F.; ZAPAROLI, J. C.; GONÇALVES, M.A. Gastos não médicos de pacientes com câncer.

- cer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, 33(3): 276-7, 1987.
32. MILLER, D.G. Principles of early detection of cancer. *Cancer*, Philadelphia, 47:1142-5, 1981.
33. MIRRA, A.P. Doenças neoplásticas no Brasil. In: MARLET, J.M. et alii. *Saúde da Comunidade*, São Paulo, Mc Graw-Hill, 1976. p.253-73.
34. MIRRA, A.P. & FRANCO, E.L. *Incidência de câncer no município de São Paulo*. São Paulo, Institute Ludwig de Pesquisa sobre o câncer, 1985. p.9-16.
35. MOR, V. Malignant disease and the elderly. *Ciba foundation Symposium*, New York, 134:160-76, 1988.
36. NELSON, N. Cancer prevention: environmental, industrial, and occupational factors. *Cancer*, Philadelphia, 47:1065-700, 1981.
37. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Genebra. *Classificação internacional de doenças*. 9ª revisão. São Paulo, 1978. 384 p.
38. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, Washington. La información sobre el cancer no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, Washington, 6(6):15-5, 1985.
39. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, Washington. Los registros de Cancer. *Boletim Epidemiológico*, Washington, 6(6): 7-9, 1985.
40. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, Washington. *Salud para todos en el año 2.000*. Washington, 1980. p.51-5.
41. PACHECO, R.G. & SÁ, C.A.M. Um iceberg a caminho dos trópicos. *Ars Curand*, São Paulo, 15(6):78-85, 1982.
42. PARKIN, D.M.; STJERNWARD, J.; MUIR, C.S. Estimates of the Worldwide frequency of twelve major cancers. *Bulletin of the world health organization*, Genebra, 62(2):163-81, 1984.

43. PAVLOUSKY, S.F.M. & MURIEL, F.S. Disponibilidad y uso racional de medicamentos esenciales para el tratamiento del câncer. *Boletim de la oficina Sanitária Panamericana*, Washington, 99(5):445-63, 1985.
44. PINOTTI, I.A. Apoio diagnôstico e terapêutico às atividades de detecção precoce na rede básica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, 3(3):211-12, 1985.
45. PORTA, G.O. A importância do meio ambiente na etiologia do câncer. In: MONTORO, A.F. & NOGUEIRA, D.P. *Meio ambiente e câncer*. São Paulo, TA Queirôz, 1983. p.8-15.
46. POSSAS, C.A. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981. 196p.
47. PRESANT, C.A. Quality of life in cancer patients: Who Measures What. *American Journal Clinie Oncology*, New York, 7:571-3, 1984.
48. PRESTON-MARTIN, S.; HENDERSON, B.E.; PIKE, M.C. Descriptive epidemiology of cancers of the upper respiratory tract in Los Angeles. *Cancer*, Philadelphia, 49:2201-7, 1982.
49. PROGRAMA NACIONAL DO CONTROLE DO CÂNCER, Brasília. Plano de trabalho 1987. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, 32(4):319-30, 1986.
50. QUADRA, A.A.F.; QUADRA, J.A.F.; MACIEL, M.I. Epidemiologia do Câncer Registrado no Hospital das Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Características de Pessoa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, 30(4):35-40, 1984.
51. RAMOS, J. *Oncologia Clínica*. 2. ed., São Paulo, Sarvier, 1984. 320p.
52. RIMPEL'A, A.H. & PUKKALA, E.I. Cancers of affluance, positive social class gradient and rising incidence trend in some cancer forms. *Social Science & Medicine*, Oxford, 24(7):601-6, 1987.

53. SCHOTTENFELD, D. The epidemiology of cancer. *Cancer*, Philadelphia, 47:1095-108, 1981.
54. SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA, Rio de Janeiro, 1985. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, 31(3):177-8, 1985.
55. VASCONCELLOS, L.L.C. *A importância do estudo das doenças crônico-degenerativas: doenças cardiovasculares e neoplásicas*. Belo Horizonte, 1986. 28p. (Mimeo).
56. VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 21:225-33, 1987.
57. SWANSON, G.M.; BELLE, S.H.; SATARINO, W.A. Marital status and cancer incidence: differences in the black and white population. *Cancer Research*, Baltimore, 45(11):5883-9, 1980.
58. WENNSTR'OM, G. Cancer risks and cancer prevention in Sweden. *Medical Oncol. Tumor Pharmacother*, 4(3-4):273 - 6, 1987.