

A GEOGRAFIA DO CÂNCER DE MAMA NO NORTE DE MINAS GERAIS: Do direito ao acesso à saúde**THE GEOGRAPHY OF BREAST CANCER IN THE NORTH OF MINAS GERAIS: From the right to access to health****Mônica Oliveira Alves**Universidade Estadual de Montes Claros
monicaelit@hotmail.com**Sandra Célia Muniz Magalhães**Universidade Estadual de Montes Claros
sandramunizgeo@hotmail.com**RESUMO**

O câncer de mama é a principal causa de morte em mulheres por câncer, provavelmente porque o diagnóstico ainda é realizado tardiamente. Fato que se agrava quando se trata de regiões onde os baixos indicadores sociais e as iniquidades em saúde se constituem como barreiras no acesso dos usuários aos serviços desse setor, como ocorre no Norte de Minas Gerais. Nesse contexto, esta pesquisa objetivou analisar a dinâmica do câncer de mama na Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais, verificando as condições de acesso da população afetada pela doença aos serviços de saúde. Os procedimentos metodológicos utilizados consistiram em pesquisa bibliográfica e documental, mapeamentos, registros iconográficos, visitas técnicas nas unidades de assistência oncológica da região para coleta de dados, observação *in loco*, aplicação de questionários à mulheres em tratamento para o câncer de mama e entrevistas com profissionais de saúde que atuam no setor oncológico. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, percebe-se que os baixos indicadores sociais e as grandes distâncias percorridas pelos doentes em busca de tratamento, aliados à falta de informação, tem contribuído para agravar o quadro da doença na região. Apesar da existência de políticas públicas de saúde para o controle, prevenção e diagnóstico precoce da doença no Brasil, estas não são totalmente eficazes, havendo a necessidade de ampliação das ações e programas de prevenção e rastreamento precoce e de divulgação das informações sobre a importância destas práticas.

Palavras chave: Câncer de mama. Acesso à saúde. Norte de Minas Gerais.

ABSTRACT

The breast cancer is the main cause of cancer death in women, probably because the diagnosis is still performed late. This fact is aggravated when related to regions where low social indicators and health inequities are barriers in user access to the services of this sector, as it occurs in the north of Minas Gerais. In this context, this research aimed to analyze the dynamics of breast cancer in the Extended Health Region - North of Minas Gerais (EHR), checking the population's access conditions affected by the disease to health services. The methodological procedures consisted of documentary and literature research, mapping, iconographic records, technical visits in cancer assistance units in the region for data collection, on-site observation, questionnaires for women undergoing treatment for breast cancer and interviews with health professionals of the oncological sector. With regard to access to health services, it is clear that low social indicators and the great distances traveled by patients seeking treatment, combined with the lack of information, has helped to aggravate the disease framework in the region. Concerning access to health services, it is clear that low social indicators and the great distances traveled by patients seeking

Recebido em: 10/09/2017

Aceito para publicação em: 23/10/2017

treatment, combined with the lack of information, has contributed to aggravate the disease framework in the region. Despite the existence of public health policies for the control, prevention and early diagnosis of the disease in Brazil, these are not completely effective, being necessary expansion of actions, prevention programs and early screening and divulgation of information about the importance of these practices.

Keywords: Breast cancer. Access to health care. North of Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços científicos, tecnológicos e operacionais no setor de saúde, da judicialização do direito a esta, da maior conscientização dos indivíduos e comunidades sobre a importância dos cuidados em saúde, observa-se a existência de lacunas que colocam em cheque a eficácia desses cuidados, como as iniquidades no acesso aos serviços, que causam impacto negativo sobre a saúde e bem estar das populações. Dessa forma, as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços estão relacionadas com as necessidades em saúde, que resultam ou são induzidas por fatores individuais como nível de escolaridade, valores econômicos, culturais e morais, e as circunstâncias que se referem à gravidade dos problemas em saúde (SANTANA, 2014).

Segundo Travassos e Castro (2012), quando um indivíduo percebe uma necessidade de saúde, isso pode gerar nele o anseio de se obter cuidado, ficando a cargo do mesmo a decisão de procurar ou não os serviços de saúde para obtê-lo, sendo que é esta procura que conforma a demanda por tais serviços, e sua realização vai depender da disponibilidade de recursos que favoreçam o adequado atendimento das necessidades daquele indivíduo. Para as autoras, necessidade de saúde “É um conceito relativo, pois varia entre os indivíduos, os grupos, a cultura e ao longo do tempo. Trata-se de um conceito multidimensional e de difícil mensuração” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 185).

Santana (2014, p. 105) apresenta quatro tipos de necessidade em saúde: “a) sentidas ou percebidas individualmente; b) normativas ou profissionalmente identificadas pelos médicos ou outros prestadores de cuidados de saúde; c) comparativas ou comprovadas cientificamente; d) expressas ou sentidas e convertidas (ou não) em procura expressa”. A autora afirma que os profissionais da saúde têm um importante papel como indutores na utilização e na frequência da utilização dos serviços de saúde.

Como visto anteriormente, a legislação no Brasil determina a saúde como direito universal, igualitário e equitativo inerente a todo cidadão brasileiro, que deve ser garantido pelo Estado através de políticas públicas sociais e econômicas implementadas no âmbito do SUS. O Relatório Final da Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986 em Brasília-DF, diz que “O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional [...]” (BRASIL, 1986). Esse conceito foi ratificado pela CF/88, deixando evidente que para se fazer valer o direito à saúde, devem-se garantir à população boas condições de acesso aos serviços de saúde.

Jesus e Assis (2010) definem acesso à saúde baseado no conceito de acesso presente no *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, como sendo a “porta de entrada” do usuário ao sistema de saúde, ou seja, é o momento de acolhimento do usuário quando este expressa sua necessidade e o caminho que ele percorre no sistema na busca da solução para sua necessidade. No entanto, os mesmos autores afirmam que, na perspectiva do acesso como uma garantia constitucional, seu conceito vai além da simples ideia de porta de entrada, configurando-se como um dispositivo que transforma a realidade. Isto se dá pelo fato de que o ingresso universal do usuário no sistema de saúde só pode ser garantido a partir da consciência de cidadania expressa como elemento transformador do pensamento da sociedade para a construção de sistemas de saúde de acordo com as necessidades determinadas socialmente (JESUS; ASSIS, 2010).

O acesso torna-se, então, uma categoria imprescindível para os estudos da relação entre usuários e serviços de saúde. Para Santana (2014, p. 105), a análise do acesso “[...] deve considerar as características que predispõem, facilitam ou inibem o acesso aos cuidados de saúde, presentes nos dois conjuntos de componentes que caracterizam o processo de prestação dos cuidados de saúde:

oferta e procura". Dessa forma, a análise do acesso deve contemplar os utilizadores e os serviços, que se relacionam mutuamente.

Santana (2014) apresenta dois grandes conjuntos de fatores resultantes da intrincada interação entre os padrões de utilização dos cuidados de saúde, sendo uns relativos à oferta e outros à procura. Em relação à oferta, têm-se os componentes físicos como a localização geográfica dos recursos e as características sócio-organizacionais dos cuidados de saúde. Já os relativos à procura estão associados às características dos potenciais utilizadores. A autora assevera que a influência desses fatores pode alterar de acordo com condições específicas do meio social (cultura, capital social), dos sistemas de cuidados de saúde (público, privado ou misto) e dos tipos específicos de serviços (centro de saúde, hospital, médico privado) e de cuidados (preventivos e curativos).

Todavia, não existe concordância entre os autores acerca do conceito de acesso em saúde, e a expressão é empregada muitas vezes de forma imprecisa, podendo variar com o tempo e o contexto (PETERS, 2012). Alguns autores utilizam o termo como sinônimo de acessibilidade, outros afirmam ser a acessibilidade uma dimensão do acesso. Os autores divergem, ainda, sobre o enfoque do conceito de acesso. A esse respeito, Travassos e Martins (2004, p. 191) afirmam que "[...] uns centram-no nas características dos indivíduos; outros focam-no nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta)". As autoras apontam também divergências sobre a avaliação de acesso, ou seja, há aqueles autores que acreditam que esta deve se concentrar nos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde, enquanto outros apoiam a ideia de que a avaliação deva se centrar na relação entre os elementos que compõem o sistema para atingir tais objetivos. Neste trabalho, optou-se por utilizar o conceito de acesso como sinônimo de acessibilidade, pois se acredita que este trará melhor compreensão do assunto em pauta.

O conceito de acesso é considerado multidimensional, onde cada dimensão vai expressar uma gama de características que atuam facilitando ou dificultando a utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos, como as barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras. Dessa forma, a disponibilidade, considerada como a presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos, é uma das características de acesso mais importantes. Todavia, a simples disponibilidade destes recursos não garante o acesso, como asseguram Travassos e Castro (2012).

De acordo com Santana (2014), quando se avaliam as condições de acesso de uma determinada população aos serviços de saúde, é necessário que se observe um conjunto de variáveis que se resumem em três dimensões referentes ao território, aos indivíduos potencialmente utilizadores e à organização dos serviços. No que se refere à dimensão do território, deve-se analisar os componentes geográficos que expressam a proximidade espacial e representam a acessibilidade aos serviços como o tempo e o custo para vencer a distância entre o local de residência e dos cuidados de saúde.

Na dimensão dos indivíduos potencialmente utilizadores, incluem-se características imutáveis, como o gênero e a idade, e as características mutáveis, entre as quais está o rendimento, a posse de seguro de saúde e, ainda, a vontade e a informação do utilizador, como as atitudes e conhecimentos sobre os cuidados de saúde e a definição social e cultural de "doença" apreendida por cada indivíduo. Quanto à dimensão sócio organizacional, devem-se observar as características dos recursos que influenciam os utilizadores dos cuidados de saúde: gênero do profissional de saúde contactado, especialização, barreiras ao contato, e as características dos serviços (qualidade, tipo, profissionais de saúde treinados e de qualidade), bem como a qualidade da referência, a continuidade dos cuidados e a hierarquia dos cuidados (SANTANA, 2014).

Sanchez e Ciconelli (2012, p. 264) afirmam que "O acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos" e asseveram que "Padrões de utilização devem ser analisados com cautela, pois não constituem um elemento indicador do acesso *per se*, embora possam auxiliar na avaliação da equidade em saúde".

As dimensões do acesso e seus indicadores não podem ser analisados de forma individual. A disponibilidade de recursos físicos e geográficos, por exemplo, não é suficiente para avaliar nem garantir um acesso equitativo ao sistema de saúde, devendo ser analisada juntamente com as outras dimensões, a fim de obter um resultado plausível e que represente a realidade vivida pelos usuários dos serviços de saúde. Percebe-se que a complexidade do conceito de acesso em saúde deriva das intrincadas relações que este envolve como as necessidades individuais e coletivas dos usuários, a demanda, a oferta e a real utilização dos serviços de saúde, o grau de facilidade ou dificuldade na

obtenção desses serviços, entre outros. Peters (2012) afirma que as desigualdades sociais no acesso devem ser avaliadas considerando-se a adequação do momento e o local de atendimento, principalmente no Brasil, já que as pessoas mais vulneráveis socialmente só procuram os serviços quando o seu estado de saúde está muito grave, recebendo cuidados menos adequados às suas necessidades, como ocorre com usuários oncológicos quando ingressam no sistema de saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho se apresenta como um estudo exploratório, de natureza explicativa e análise quanti-qualitativa, realizado a partir de informações sobre a ocorrência/incidência de câncer de mama no Norte de Minas Gerais, entre os anos de 2004 a 2014. O recorte espacial elegido para a realização da pesquisa é a Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais (RAS Norte/MG), instituída de acordo com a regionalização proposta pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Essa região é composta por 86 municípios, sendo três a menos que a região Norte de Minas instituída pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1990. No caso, não fazem parte da RAS Norte/MG os municípios de Riachinho e Chapada Gaúcha, que pertencem à Região Noroeste de Minas; e Divisa Alegre e Águas Vermelhas pertencentes à Região Jequitinhonha. Foi incluído o município de Joaquim Felício na Região de Saúde de Montes Claros (MINAS GERAIS, 2011).

O embasamento teórico do estudo foi realizado a partir de pesquisa bibliográfica através de livros, periódicos, relatórios técnicos, revistas especializadas, entre outros, acerca da temática estudada. Também se realizou a pesquisa documental através da análise de leis, normas, portarias, entre outros, que regem o sistema de saúde pública do Brasil.

Para espacialização da ocorrência da doença na RAS Norte de Minas, foi realizada a coleta de dados entre os meses de junho a dezembro de 2015, diretamente no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) dos dois hospitais especializados para o tratamento da doença na região (Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho e a Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros). Os dados coletados referem-se a todos os casos novos de câncer de mama em mulheres, notificados pelos serviços especializados de atendimento ao usuário com câncer das referidas unidades de saúde, registrados no período de 2004 a 2014, atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Além dos casos novos, foram levantadas outras variáveis como município de origem, idade, sexo, data do diagnóstico, estadiamento² e início do tratamento. Os registros no RHC são feitos através dos prontuários dos usuários acometidos pela doença que procuram por tratamento nessas unidades hospitalares. O câncer de mama é classificado como C50, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10.

Os dados levantados foram submetidos ao cálculo para se estimar a taxa de incidência da doença por município da região, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de incidência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos por município} \times 1000}{\text{média pop. de risco por município}}$$

O cálculo da incidência foi realizado por município, a partir do número total de casos novos registrados, no intervalo de tempo considerado, multiplicado por 1000, dividido pela média da população considerada de risco, para o período em análise. O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do câncer de mama para mulheres de 40 a 69 anos de idade, e mulheres de 35 anos de idade ou mais, com risco elevado para câncer de mama (BRASIL, 2009). Dessa forma, foram consideradas como população de risco neste trabalho, as mulheres com idade compreendida na faixa etária de 35 a 69 anos. Os dados da população de risco, estratificados por faixa etária, sexo e por município, referentes aos anos de 2004 a 2012, foram coletados na plataforma TabNet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Para os anos de 2013 e 2014, aplicou-se o

² O termo estadiamento é utilizado internacionalmente para avaliar o grau de disseminação do câncer. A necessidade de classificar o câncer em estádios advém da constatação de que as taxas de sobrevivência são diferentes dependendo da situação em que a doença é diagnosticada. O estágio de um tumor reflete a extensão da doença, a taxa de crescimento, o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro (INCA, 2015).

cálculo estatístico da taxa geométrica de crescimento populacional³, tendo como base a população selecionada por faixa etária para o período analisado, a partir da fórmula:

$$r = \left[\left(\sqrt[n]{\frac{P_t}{P_0}} \right) - 1 \right] \times 100$$

Onde, em termos técnicos, para se obter a taxa de crescimento (r), subtrai-se 1 da raiz enésima do quociente entre a população final (Pt) e a população no começo do período considerado (P0), multiplicando-se o resultado por 100, sendo "n" igual ao número de anos no período. (RISPA, 2008).

De posse dos dados acerca da doença, foi realizado o processamento digital das imagens utilizadas na pesquisa. A partir do Sistema de Informação Geográfica (SIG) os dados foram cruzados, gerando novas informações referentes à dinâmica do câncer de mama na região em estudo. Foi utilizado o software ArcGis 10.2 e a base cartográfica do estado de Minas Gerais disponibilizadas pelo IBGE. Assim, foram editados os mapas utilizados no trabalho, como resultado do processamento das informações.

Após a espacialização dos casos novos do câncer de mama e conhecimento dos municípios de maior ocorrência e incidência, foi realizado trabalho de campo para observação *in loco* e análise da infraestrutura das unidades de atendimento ao portador de câncer, das condições de acesso da população aos serviços de saúde na região, das condições socioeconômicas, culturais e comportamental às quais essa população está exposta. Os locais escolhidos para realização do campo foram os ambulatórios oncológicos das duas unidades de saúde que oferecem a assistência oncológica em Montes Claros. Vale lembrar que estas unidades assistem a toda a região, possibilitando o contato com mulheres com câncer de mama de diversos municípios.

Ressalta-se que a escolha dos locais citados para a pesquisa de campo foi definida a partir das dificuldades verificadas no âmbito dos municípios de maior incidência, para acesso às mulheres acometidas pelo câncer de mama, como ocorreu na visita à Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Guaraciama no mês de maio do ano de 2016, onde foi possível perceber as dificuldades de acesso às mulheres portadoras de câncer de mama no município. De acordo com a coordenadora da equipe do Programa Saúde da Família do município, em concordância com as agentes de saúde, das poucas mulheres com a doença que ainda estão vivas e que moram no município, por questões psicológicas e debilidades físicas, apenas uma poderia se interessar a participar da pesquisa. Outras informações em relação à ocorrência de câncer no município puderam ser verificadas e, embora não façam parte dos objetivos deste trabalho, julga-se importante mencioná-las, como a alta ocorrência do câncer do colo do útero no município e o registro errado das mortes por câncer de mama, que são registrados como óbitos por causas indeterminadas, fato que acaba por mascarar a real situação da doença na região.

Para análise das condições de acesso aos serviços de saúde e conhecimento dos principais fatores de risco para a doença que a população doente esteve exposta, e também das condições socioeconômicas, foram aplicados questionários semiestruturados aos portadores da doença que estavam em tratamento em Montes Claros entre os meses de abril e maio do ano de 2016. Foram analisadas variáveis do estudo, como: ano do diagnóstico, idade, escolaridade, renda, condições socioeconômicas, forma de acesso aos serviços de saúde, além de outros condicionantes identificados no decorrer da pesquisa. Para caracterização dos aspectos socioeconômicos dos municípios, foram utilizadas as componentes Renda e Educação que compõem o IDHM, referentes ao ano de 2010, extraídos do banco de dados do IBGE.

O grupo de mulheres participantes desta parte da pesquisa foi constituído através da técnica de amostragem por acessibilidade ou conveniência. Este é um método muito comum nos estudos exploratórios e qualitativos, onde não se requer elevado nível de precisão, sendo classificada como uma técnica de amostragem não-probabilística, que apresenta como característica principal não fazer

³ A taxa geométrica de crescimento populacional é o percentual de incremento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico para o período considerado. Seu valor refere-se a média anual obtida para um período de anos compreendido geralmente entre dois Censos Demográficos. A taxa é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações e indica o ritmo do crescimento populacional. Pode ser utilizada para realizar estimativas e projeções populacionais para períodos curtos, Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas específicas, entre outros (RISPA, 2008).

uso de formas aleatórias de seleção, sendo impossível a aplicação de formas estatísticas para cálculo. Esta técnica é usada quando não se conhecem o tamanho do universo e os indivíduos são selecionados através de critérios subjetivos do pesquisador (MAROTTI et al., 2008).

A escolha desta técnica de amostragem se deu diante das dificuldades encontradas, após várias tentativas, para se estabelecer a quantidade total de mulheres que estavam em tratamento para o câncer de mama, nas unidades de referência, no momento da pesquisa. De acordo com os funcionários que fazem os agendamentos, nos ambulatórios oncológicos, são consultadas mulheres com diagnóstico confirmado para a doença e mulheres ainda em fase de investigação, além de outros casos como acompanhamento de tumores benignos. De acordo com esses funcionários, esta seria uma atividade muito difícil de realizar e que demandaria muito tempo, pois, para se extrair do sistema o número exato de mulheres com diagnóstico positivo e em tratamento seria necessário avaliar todos os prontuários de todas as pessoas que passaram pelos ambulatórios no período pretendido, lembrando que estes prontuários se encontram espalhados entre os setores de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, cirurgia, oncologia clínica e outros, dependendo da necessidade de tratamento de cada usuário.

Nesse sentido, somente responderam aos questionários, as mulheres que estavam presentes nos ambulatórios de oncologia clínica, nos dias e horários de consulta médica feitas no âmbito do SUS, que estavam aparentemente em boas condições físicas e psicológicas e que aceitaram participar da pesquisa. Deve-se ressaltar que, além das debilidades físicas e psicológicas causadas pela própria doença, o tratamento para o câncer de mama causa diversas reações no organismo das mulheres adoecidas, sendo indispensável mais cautela do pesquisador no momento de abordagem da mulher alvo da pesquisa. Foram entrevistados ainda profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e administradores do sistema de saúde que atuam no setor oncológico da região. Os dados obtidos nos trabalhos de campo foram tabulados e convertidos em gráficos e tabelas para discussão dos resultados.

Em cumprimento à Resolução nº. 196/96, do Ministério da Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos no Brasil, esta pesquisa está devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o número 1.074.475 e o estudo só teve início após sua aprovação. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e metodologias adotadas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

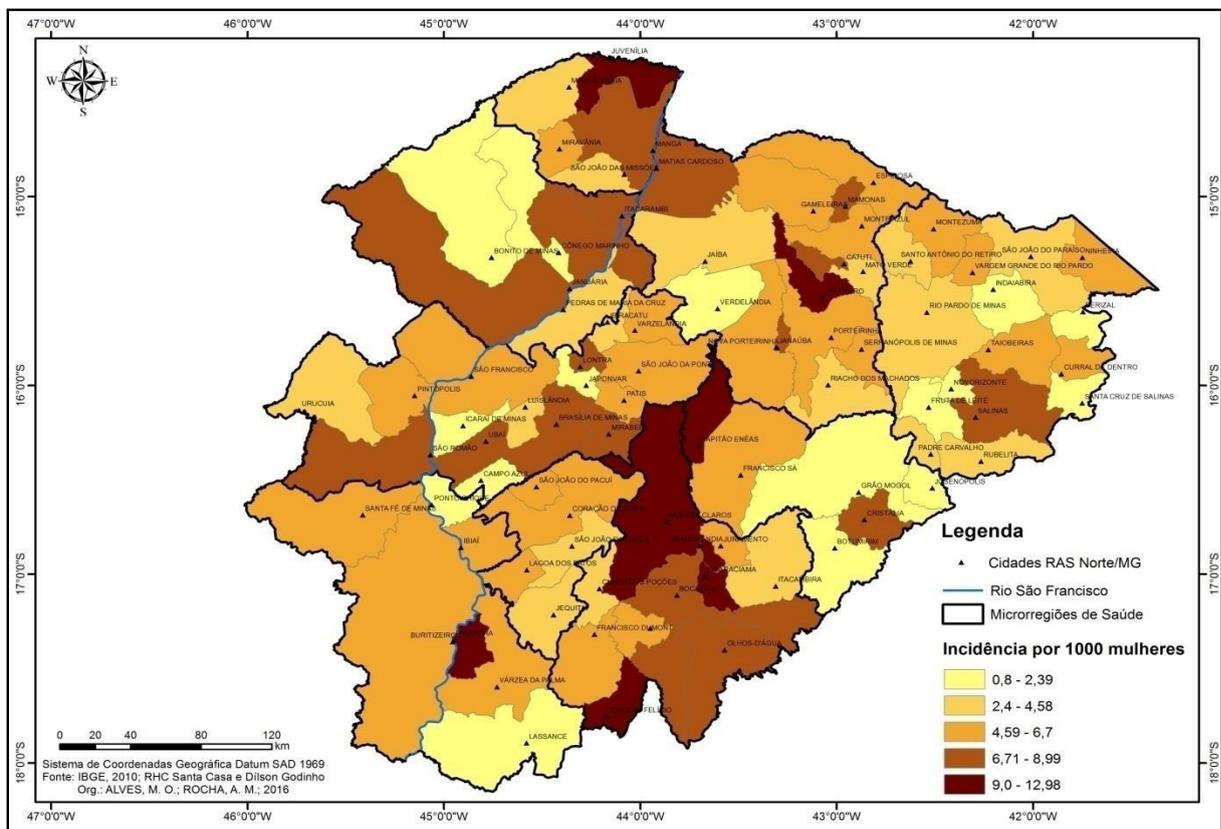
ESPAIALIZAÇÃO DOS REGISTROS DE CÂNCER DE MAMA NA RAS NORTE DE MINAS GERAIS

O câncer, especialmente o de mama, ainda se apresenta uma patologia cercada de questionamentos na área científica, enquanto que, no senso comum, a doença é vista muitas vezes como um mistério ou um castigo divino, onde a simples pronúncia do seu nome pode atraí-la como uma má sorte. Mesmo com os progressos advindos com a judicialização da assistência oncológica através de normas, portarias, leis e recomendações, feitas pelos órgãos públicos como tentativa de se garantir ao portador de câncer um acesso mais equitativo e igualitário aos serviços de saúde, o que se percebe na região é o distanciamento entre o que é proposto e a realidade vivenciada pelas mulheres portadoras da doença em busca do tratamento. No Norte de Minas, a falta de conhecimento em relação à doença, aliada à escassez de recursos médico-hospitalares, tem dificultado o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno para os usuários do sistema de saúde acometidos pelo câncer de mama. Nota-se que, nos últimos anos, a quantidade de casos registrados da doença vem aumentando na região, e todos os municípios apresentam registros, embora em números variados.

O município de Montes Claros é o que apresenta a maior quantidade de registros do câncer de mama entre os anos de 2004 a 2014, com 783 casos da doença, seguido de Pirapora, Janaúria, Bocaiúva e Janaúba, com 90, 86, 65 e 63 casos registrados, respectivamente. Esse fato se justifica por serem estes os municípios de maior população da RAS Norte de Minas, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE realizado em 2010. Montes Claros apresenta um grande quantitativo populacional, inclusive na faixa etária eleita para a pesquisa, o que reflete também nos registros de câncer de mama, onde a ocorrência da doença em Montes Claros apresenta um número cerca de oito vezes maior que o segundo colocado, o município de Pirapora. Contudo, não são somente os dados populacionais que interferem nos inúmeros registros da doença em Montes Claros. Durante a pesquisa, foi possível constatar que os usuários do sistema público de saúde, que vêm de outros municípios em busca de atendimento na cidade, acabam por apresentar endereços de parentes ou amigos residentes em Montes Claros, pois acreditam que assim serão atendidos mais rapidamente.

Apesar do que é proposto pela rede de atenção oncológica na tentativa de se garantir um acesso mais rápido do portador de câncer ao tratamento da doença, este encontra dificuldades para conseguir realizar outros procedimentos ambulatoriais não diretamente ligados ao tratamento oncológico, mas necessários para sua realização, como exames hematológicos, tomografias, exames para verificação de risco cirúrgico, entre outros. Segundo funcionários que trabalham no setor da oncologia, na Secretaria Municipal de Saúde, muitos usuários se cadastram como sendo moradores de Montes Claros. No entanto, quando são procurados para serem informados sobre seu tratamento, descobre-se que os mesmos não moram no domicílio, que pertence geralmente a parentes ou amigos. Este fato é considerado um grave problema, pois não evidencia a realidade da doença na região, dificultando ações mais eficazes e pontuais no controle do câncer de mama. Quando se relaciona a quantidade de casos novos registrados com o quantitativo populacional de cada município, outros municípios são evidenciados na geografia do câncer de mama, como se pode observar no mapa 01.

Mapa 01 - Taxa de incidência do câncer de mama, por 1000 mulheres, na RAS Norte/MG – 2004 a 2014



Para o cálculo da taxa de incidência, optou-se por utilizar a média da população feminina, por município, na faixa etária considerada de risco para o desenvolvimento da doença, do período em análise. Assim, o número de casos novos da doença, registrado em cada município, foi dividido pela sua respectiva população e multiplicado por uma potência de 10, no caso o número 1000, escolhido por melhor se adaptar ao quantitativo populacional selecionado para a pesquisa. É possível observar, através do mapa 01, que o município de Montes Claros também está entre os que apresentam as maiores taxas de incidência, ocupando o segundo lugar com uma taxa de 12,18/1000 mulheres.

O município de Guaraciama foi o que apresentou a maior taxa de incidência na região para o período em análise, sendo esta de 12,98/1000 mulheres. O terceiro lugar foi ocupado pelo município de Pai Pedro, seguido por Capitão Enéas, Joaquim Felício e Pirapora, com taxas de incidência de

11,18/1000, 10,78/1000, 10,31/1000 e 10,05/1000 mulheres, respectivamente. Mesmo não tendo apresentado uma maior quantidade de casos absolutos de câncer de mama, Guaraciama (10 casos), Pai Pedro (10 casos), Capitão Enéas (22 casos) e Joaquim Felício (7 casos) estão entre os municípios com maior incidência da doença entre 2004 a 2014, lembrando que estes municípios estão também entre os que apresentam baixo quantitativo populacional na região. Montes Claros sustenta seu destaque como o mais populoso da região, e por ter apresentado uma grande quantidade de registros de câncer de mama, mantém-se também entre os de maior incidência, enquanto que Guaraciama, Joaquim Felício e Pai Pedro estão entre os de menor população, com poucos casos registrados se comparados a Montes Claros, mas entre os de maior incidência.

A escolha da faixa etária para o cálculo da incidência do câncer de mama neste trabalho se justifica pelo fato de que a recomendação brasileira para o rastreamento da doença envolve mulheres que tenham entre 40 a 69 anos e 35 anos acima com risco elevado para a doença, ou seja, mulheres com história familiar de câncer de mama (BRASIL, 2004). A análise dos dados obtidos em relação aos registros da doença corrobora com tal recomendação, pois na maior parte dos casos registrados, as mulheres se enquadram na faixa etária elegida, como está disposto na tabela 01.

Tabela 01 - Ocorrência de câncer de mama por faixa etária – 2004 a 2014

Faixa Etária	Nº de Casos
13 a 34 anos	109
35 a 39 anos	140
40 a 49 anos	525
50 a 69 anos	872
70 anos acima	302
Total	1948

Fonte: RHC Santa Casa/MOC; RHC Dílson de Quadros Godinho/MOC, 2015
Org.: ALVES, 2016.

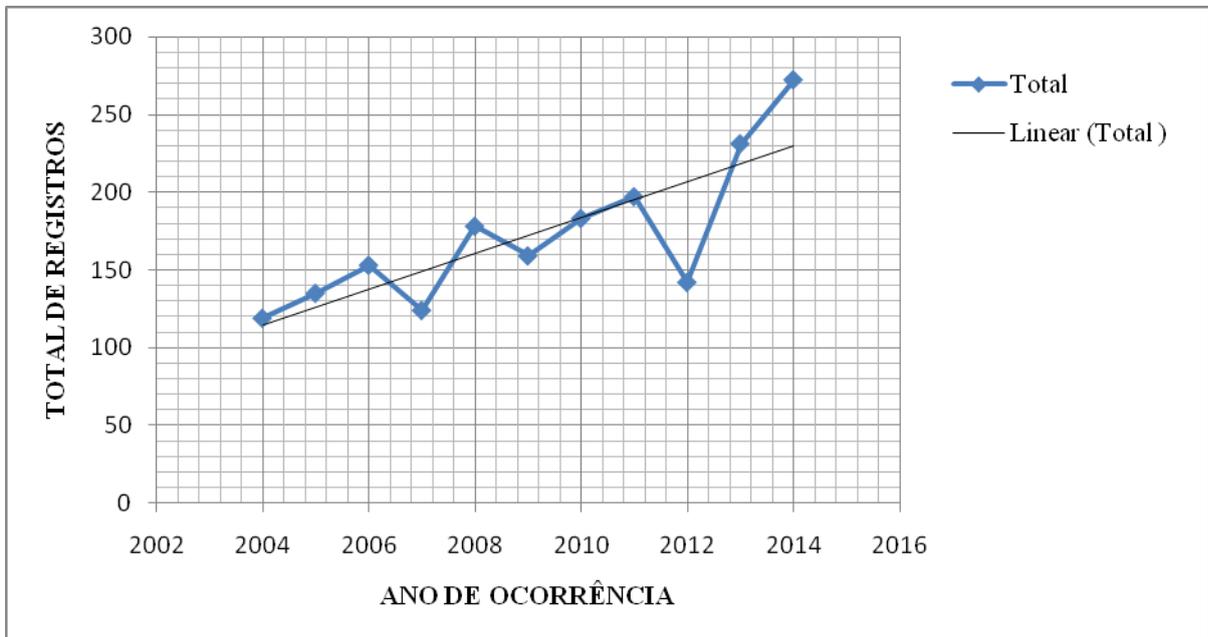
Foram registrados 1948 casos de câncer de mama feminino no período de 2004 a 2014, nas duas unidades hospitalares credenciadas para o atendimento oncológico na RAS Norte de Minas Gerais, sendo 793 casos registrados no hospital Santa Casa e 1155 no hospital Dílson de Quadros Godinho. É possível notar, pela tabela 01, que a faixa etária em que ocorre a maior quantidade de casos envolve mulheres de 50 a 69 anos, seguida da faixa com mulheres de 40 a 49 anos.

A quantidade de casos registrados para a faixa etária de 35 a 39 não foi muito expressiva. Contudo, somando-se as três faixas, percebe-se um total de 1537 casos. O mesmo pôde ser observado entre o grupo de mulheres que estavam em tratamento da doença, e que aceitaram participar da pesquisa realizada nos meses de abril e maio do ano de 2016, nos ambulatórios dos dois hospitais credenciados. Das dezenove usuárias que aceitaram responder ao questionário, apenas três não se enquadravam na faixa etária considerada de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

Pode-se observar a partir dos dados obtidos que houve um aumento gradativo dos registros da doença na RAS Norte de Minas nos últimos anos. Apesar da existência de um aumento linear nos registros dos casos novos de câncer de mama na RAS Norte/MG (Gráfico 01), é possível constatar que houve variações no número de casos registrados entre os anos do período analisado, especialmente nos anos de 2007 e 2012, quando se pode notar uma queda brusca na quantidade de registros. Deve-se enfatizar que essa variação não está diretamente relacionada com a ocorrência de casos novos, uma vez que foi informado que houve uma grande perda no banco de dados do RHC da Santa Casa em 2012. Fato que também pode ter ocorrido nos outros anos, dada a ineficiência

constatada no que se refere ao manejo dos dados referentes à vigilância epidemiológica, o que acaba por mascarar a realidade, dificultando o desenvolvimento de ações mais eficazes no controle de doenças na região em estudo.

Gráfico 01 - Evolução dos registros de câncer de mama na RAS Norte/MG – 2004 a 2014



Fonte: RHC Santa Casa/MOC; RHC Dílson de Quadros Godinho/MOC, 2015.
Elaboração: ALVES, 2016.

Outro ponto a ser discutido em relação ao aumento nos registros de câncer de mama na região, é que este não pode ser diretamente atribuído ao aumento no número de casos novos. Segundo os estudos realizados pelo INCA, em parceria com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG), a RAS Norte/MG não está entre as regiões que registram a maior quantidade de casos no Estado. Todavia, o fato de não se registrar não significa que a doença não ocorra. É constatado na região o acesso precário dos usuários ao sistema de saúde, muitas vezes não só pela falta de recursos médico-hospitalares, mas pela própria cultura que predomina, em nível nacional, de só se procurar pelo tratamento quando a doença já está em estágio avançado, uma herança deixada pelo modelo biomédico que tinha como prática a medicina curativa, com foco no indivíduo, no médico e no hospital.

Não é uma prática comum para a população brasileira a procura pelo tratamento preventivo, menos ainda para as regiões menos favorecidas socioeconomicamente, como é o Norte de Minas. No entanto, não é possível atribuir nenhuma causa específica para a alta incidência da doença nesses municípios, sendo que o seu desenvolvimento é atribuído à associação de diversos fatores considerados de risco, caracterizando-o como um tipo de câncer multifatorial. Os resultados obtidos através da averiguação feita com as mulheres em tratamento para o câncer de mama que aceitaram participar da pesquisa, quanto à exposição a alguns dos fatores considerados de risco para o câncer de mama foram bastante variados e não demonstram nenhuma evidência que destaque um ou outro fator de risco. Fato que corroborara com a literatura existente sobre o tema que versa ser o câncer de mama um tipo de câncer que se desenvolve a partir de uma associação de fatores.

No caso de uma doença "silenciosa" como o câncer, na maioria das vezes, o indivíduo só a descobre em estádios avançados, o que torna difícil ou impossível sua cura. Isto explica porque, mesmo com os progressos no diagnóstico do câncer de mama, este ainda é o que mais mata mulheres no Brasil e no mundo. A análise dos dados mostrou que dos 1948 casos da doença diagnosticados no período analisado, 1179 destes foram identificados em estádios avançados, ou seja, já estava no estágio III

ou mais. Em fase inicial (fase I), foram detectados 449 casos, e em estágio intermediário (fase II), foram detectados 220 casos. Na fase IV em diante foram identificados 804 casos da doença, quando o câncer já é considerado avançado e metastático, de acordo com a classificação dos Tumores Malignos proposta pela União Internacional Contra o Câncer (BRASIL, 2004). Evidencia-se aqui a necessidade de ampliação das ações e programas de prevenção e rastreamento precoce e de divulgação das informações sobre a importância de tais práticas, para o bom prognóstico da doença.

Em entrevista realizada com uma enfermeira e uma médica mastologista do setor de oncologia do hospital Santa Casa de Montes Claros, quando questionadas sobre quais seriam os fatores que estão impulsionando o aumento desses registros na região, ambas concordam que é devido à ampliação do acesso aos exames de mamografia através dos programas de rastreamento da doença, como pode ser observado na fala da médica *“Penso que esta mudança ocorreu devido ao maior acesso da população aos exames diagnósticos”*.

Sobre os recursos disponíveis para atender a demanda da população no tratamento do câncer de mama na região Norte de Minas, a enfermeira destaca que *“Em relação ao tratamento de quimioterapia e radioterapia creio que são suficientes no nosso município, mas ainda temos um pouco de dificuldade no tratamento cirúrgico, devido à falta de vagas para internação dessas pacientes, com essa elevação de casos nos últimos meses”*. A médica pontua *“[...] que os recursos são suficientes, no entanto mal estruturados e organizados. A saúde pública no Brasil seria melhor se os recursos previstos em constituição fossem devidamente destinados à saúde e se estes fossem eficientemente geridos, o que não acontece”*. Nota-se que, além de mal estruturados e organizados, os recursos disponíveis são suficientes para atender a uma demanda local, em nível do município, e não regional como ocorre em Montes Claros.

AS BARREIRAS ENFRENTADAS PELAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA NA TENTATIVA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA RAS NORTE DE MINAS GERAIS

Quanto às barreiras no acesso à saúde, Travassos e Castro (2012) apresentam quatro tipos, a saber: as barreiras geográficas, as barreiras financeiras, as barreiras organizacionais e as barreiras de informação.

BARREIRAS GEOGRÁFICAS

A acessibilidade geográfica a uma unidade de saúde, outra dimensão do acesso, é considerada por Santana (2014) como a base para a utilização dos serviços e que pode ser uma das garantias da equidade em saúde. Para a autora, a acessibilidade geográfica (física) *“[...] está diretamente relacionada com a distância entre dois locais: proveniência e destino. É essa distância que possibilita uma classificação morfológica do espaço geográfico, medida em unidades de comprimento, tempo ou custo”* (SANTANA, 2014, p. 106-107). Todavia, a autora assegura que o acesso não depende somente da localização dos serviços, mas da capacidade de se ultrapassarem as barreiras entre o usuário e os serviços, o que depende ainda da capacidade de se vencer as distâncias.

As barreiras geográficas referem-se à resistência que o espaço impõe sobre o deslocamento dos usuários dos serviços de saúde e incorpora a noção de espaço físico e de espaço de relações. Nota-se que, quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços de saúde. A medida da distância também deve incorporar os custos com deslocamento em termos de tempo e custos financeiros (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). No entanto, Santana (2014) assevera que mesmo sendo a maior utilização dos serviços correspondente às áreas mais próximas dos centros que os ofertam, deve-se considerar também a informação da população sobre a existência e benefícios dos serviços, do que a influência direta da distância da residência ao local da oferta. Ainda segundo a autora, outros fatores têm sido associados ao fator distância na avaliação da acessibilidade geográfica em saúde, como o horário de funcionamento dos serviços, a oferta de transportes públicos, o sistema de marcação da consulta, entre outros.

O município de Montes Claros, centro que oferece os serviços oncológicos classificados como de alta complexidade, possui uma localização geográfica que o coloca em posição de destaque. Percebe-se que quase todo o território norte-mineiro possui rodovias que passam pela cidade de Montes Claros, o que pode facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. O PDR/MG, em relação à acessibilidade geográfica e viária, estabelece até 150 km em estrada de asfalto e até 2 horas em condições viárias deficientes como distância máxima a ser percorrida pelo usuário, do município de

origem até o município polo. Os estudos realizados para se chegar a tal consenso afirmam que tais distâncias oferecem menos riscos a população usuária e que permitem uma melhor organização das redes de atenção com os sistemas de transporte em saúde, estruturação de unidades assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, garantindo uma maior viabilidade econômica, eficiência, eficácia e qualidade dos serviços (MINAS GERAIS, 2011).

Contudo, na RAS Norte/MG, por se tratar de uma região com grande extensão territorial, as grandes distâncias percorridas pelos doentes para realizarem o tratamento se constituem como uma barreira ao acesso à saúde. Muitos chegam a percorrer mais de 370 quilômetros somente de ida ao município polo em busca de atendimento, como é o caso de usuários provenientes de municípios como Juvenilha, no extremo norte do Estado, enfrentando mais de cinco horas de viagem. A situação é agravada pelas péssimas condições das estradas, esburacadas e com alto índice de acidentes, como ocorre na MGT-251. Outros precisam enfrentar trechos de estradas sem pavimentação, com muita poeira em períodos de tempo seco e muita lama e buracos, em tempos chuvosos. Em alguns trechos do percurso, os usuários enfrentam uma barreira natural imposta pela presença do rio São Francisco, principal rio da região, onde a travessia é somente possível através de balsas, como ocorre entre os municípios de Manga e Matias Cardoso (MAGALHÃES, 2013). Muitos desses usuários utilizam o transporte público para o deslocamento até Montes Claros, como pode ser observado na figura 01.

Figura 01 - Ônibus dos Consórcios Intermunicipais de Saúde



Autor: ALVES, M. O., 2015

Observa-se, através da figura 01, a grande quantidade de ônibus dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, que ficam estacionados na rua Cel. Luiz Pires, nas imediações do hospital Santa Casa de Montes Claros/MG. Também é possível percebê-los, nas imediações do hospital Dilson Godinho, principalmente próximo dos horários de início e término do atendimento. Estes ônibus fazem o transporte de usuários, oriundos de outros municípios mineiros, que procuram os serviços de saúde na cidade de Montes Claros. Este fato representa a realidade norte-mineira, onde a cada dia, um grande contingente de usuários, de vários municípios da região, deslocam-se para Montes Claros em busca de acesso ao sistema de saúde. Muitos destes, doentes por câncer, retornam aos seus municípios de origem no mesmo dia em que recebem a medicação, enfrentando a debilidade causada pela doença e pelo tratamento, além das dificuldades de acessibilidade geográficas encontradas no seu percurso.

Segundo Travassos e Castro (2012), as barreiras geográficas não afetam tanto o acesso à saúde de usuários com alta renda, mas a distância dos centros de saúde é uma barreira ao acesso das pessoas mais pobres ao sistema. Se esses usuários não retornam às suas residências no mesmo dia, encontram dificuldades financeiras para se manterem na cidade, principalmente no que se refere à hospedagem e alimentação, haja vista que esses municípios pertencem a uma região que registra baixos indicadores sociais e muitas carências, inclusive no setor de saúde. Apesar de existir em Montes Claros a Associação Presente⁴, que presta assistência a usuários com câncer oriundos de outros municípios, a entidade possui apenas 32 leitos para atender aos assistidos e acompanhantes, que permanecem no local por tempo determinado pelo tipo de tratamento a que serão submetidos.

Deve-se lembrar que o tratamento para o câncer envolve procedimentos que utilizam fortes medicamentos para combater a doença, como a quimioterapia, que pode causar diversas reações no organismo como náuseas, dores e vômitos. Dentre os tipos de tratamento aos quais as participantes da pesquisa tiveram acesso (cirurgia, quimioterapia e radioterapia), as queixas sobre os efeitos da quimioterapia foram unânimes, sendo este o tipo de tratamento mais difícil de ser suportado, na opinião delas.

BARREIRAS FINANCEIRAS

As barreiras financeiras representam um importante obstáculo à utilização dos serviços de saúde, pois se percebe uma relação negativa entre o aumento nos preços destes serviços e a sua utilização. Novamente, a população mais pobre é mais impactada, utilizando menos o serviço em resposta aos obstáculos financeiros. Assim, tais barreiras atuam diretamente no aumento das desigualdades sociais na utilização dos serviços de saúde, dificultando a equidade proposta pelas políticas de universalização do acesso a saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

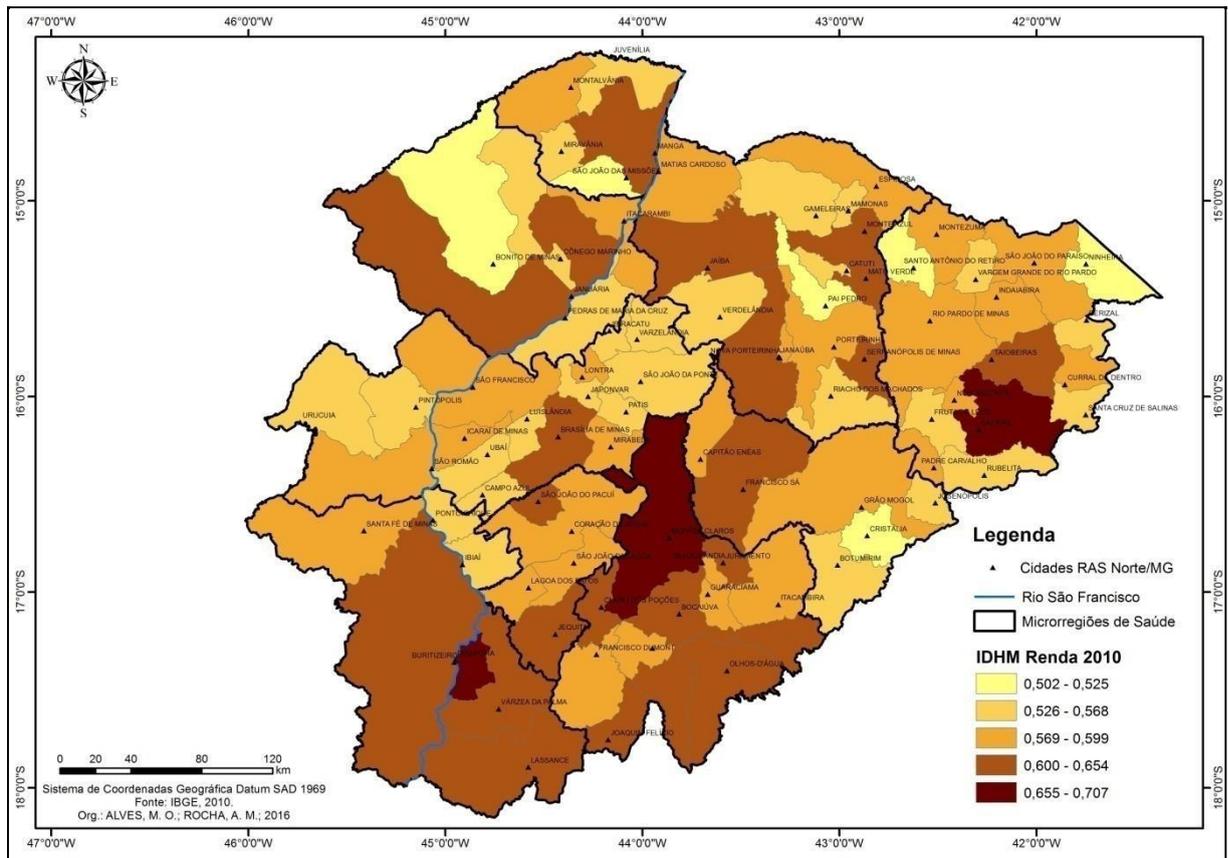
Sabe-se que a procura por serviços de saúde é proporcional às condições financeiras. O Norte de Minas Gerais está entre as regiões do Estado e do Brasil que apresentam os mais baixos indicadores sociais, fato que incide diretamente nas condições de saúde da população. Uma das formas de se avaliar as condições socioeconômicas de uma região é a medida do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM. Este índice é composto por indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. No caso do Brasil, o IDHM segue as mesmas dimensões do IDH Global (longevidade, educação e renda), mas com uma metodologia adequada ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. O IDHM é um número que varia entre 0 e 1 onde, mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano da unidade federativa, município ou região metropolitana analisada.

A componente renda do IDHM permite a avaliação do padrão de vida da população do município, que é medido pelo cálculo da renda média de cada residente de determinado município, a renda municipal *per capita*, que é determinada a partir da soma da renda de todos os residentes, dividida pelo número de habitantes do município (inclusive crianças e pessoas sem registro de renda). No caso da RAS Norte de Minas, observa-se que são poucos os municípios que apresentam um IDHM Renda (Mapa 02) classificado de médio a alto.

Pela análise do mapa 02, percebe-se que os municípios que compõem a RAS Norte/MG, em sua maior parte (63 municípios), apresentam um IDHM Renda, classificado como baixo (Tab. 03). Os municípios de São João das Missões (0,502), Santo Antônio do Retiro (0,504), Bonito de Minas (0,514), Cristália (0,518) e Pai Pedro (0,520), foram os cinco que apresentaram os mais baixos índices do IDHM Renda em 2010, para a região analisada. Uma pequena quantidade de municípios (22 no total) pode ser considerada como de médio IDHM Renda, sendo que os melhores classificados nessa faixa são municípios polos das Regiões de Saúde (microrregiões), como os municípios de Salinas (0,697) e Pirapora (0,693). Apenas Montes Claros ficou classificado na faixa de alto IDHM Renda em 2010, com um índice de 0,707.

⁴ A Associação Presente é uma instituição filantrópica que acolhe pessoas provenientes de diversos municípios do Norte de Minas, que procuram o tratamento para o câncer na cidade. A entidade disponibiliza assistência e suporte a pacientes, familiares e cuidadores a partir do acolhimento e hospedagem, acompanhamento de equipe médica e enfermagem que visita diariamente os assistidos, fornecimento de refeições para assistidos e acompanhantes, traslado para hospitais, clínicas e ambulatórios, utilização de terapia ocupacional para promoção da saúde, além do desenvolvimento de ações que visem à conscientização, prevenção e diagnóstico precoce do câncer.

Mapa 02 - Municípios da RAS Norte/MG – IDHM Renda, 2010.



É interessante ressaltar que a maioria dos municípios que apresentou maior IDHM Renda, também registrou maior quantidade de casos da doença e taxas de incidência mais elevadas⁵, como é caso de Montes Claros, Pirapora, Januária e Salinas, o que demonstra uma relação entre a condição financeira e o acesso da população à saúde. No entanto, merecem destaque os municípios de Pai Pedro e Juvenilha, que estão entre os municípios mais incidentes, mas apresentaram baixo IDHM Renda e se encontram mais distantes de Montes Claros, polo regional de assistência oncológica. Já o município de Capitão Enéas, que também se encontra entre os mais incidentes, embora tenha apresentado um baixo IDHM Renda, se localiza próximo de Montes Claros, o que pode explicar sua posição entre os municípios com taxas de incidência mais elevadas. Essas informações mostram que não é recomendável se fazer generalizações ao se analisar a situação do câncer de mama em uma região, sendo necessárias análises mais pontuais para se chegar a algum consenso.

Todavia, pode-se inferir que a maior parte da população norte-mineira não possui situações financeiras favoráveis que lhes garanta condições ótimas em saúde. Assim, fica na dependência do que é ofertado pelo sistema público na região que, apesar dos esforços para garantir equidade no acesso dos usuários à saúde, ainda não consegue abarcar toda a demanda de forma equitativa. Mesmo tendo direito ao tratamento oncológico gratuito no âmbito do SUS, garantido legalmente, existe muita demora no acesso ao mesmo, em decorrência dos exames balizadores do tratamento como tomografias, biopsias, ressonância magnética, exames hematológicos, entre outros. Todas as entrevistadas concordaram que se tivessem condições de custear tais exames, teriam iniciado mais rapidamente o tratamento.

No caso das usuárias com câncer de mama, foi perceptível que, no decorrer da pesquisa, que além de não terem condições financeiras para arcarem com as despesas referentes a medicamento,

⁵ Não foram encontrados na literatura disponível parâmetros para classificação da incidência para o câncer. A classificação da incidência da doença neste trabalho considera os resultados obtidos entre os municípios da região em estudo.

alimentação, passagens, hospedagens, entre outros, tiveram a situação financeira do seu grupo familiar impactadas após a descoberta da doença. Todas as entrevistadas afirmaram ter deixado o trabalho por causa do tratamento para o câncer de mama, entre elas haviam professoras, costureiras, trabalhadoras rurais, empregadas domésticas, entre outras, inclusive as “donas de casa”, que embora não recebessem remuneração pelo serviço que realizavam, cuidavam da manutenção do seu lar.

Em visita ao ambulatório oncológico da unidade de saúde Santa Casa de Montes Claros, no dia 17 de março de 2016, durante o período de consulta das mulheres em tratamento para o câncer de mama, atendidas pelo SUS, foi possível observar que a maior parte das usuárias que ali estavam vinham de outros municípios, e utilizavam o transporte público de saúde para se deslocarem até Montes Claros e retornarem aos seus municípios de origem. Percebeu-se que, por volta das 16 horas, todas as usuárias que precisavam fazer esse retorno já se encontravam ansiosas para serem atendidas, com receio de não conseguirem retornar às suas residências no mesmo dia, pois os veículos que fazem esse transporte já estavam prestes a partir. Foi relatado por profissionais da saúde, que cuidam do agendamento e do encaminhamento dessas mulheres ao tratamento, que esse é um problema recorrente.

É fato que a demanda por consultas é muito grande e são poucos os médicos disponíveis para o atendimento. Além disso, as consultas são mais demoradas, pois requer mais atenção do profissional pela gravidade da doença. Uma funcionária que se encontrava presente no momento da visita chegou a fazer um “desabafo”, ao afirmar que já houve vezes em que algumas mulheres foram deixadas para trás, sendo necessária a intervenção policial para resolver o problema. Foi relatado o caso de uma usuária, em tratamento para o câncer de mama, que dormiu na sala de espera do pronto socorro do hospital, após ter sido deixada para trás pelo transporte público da saúde. Pela manhã, a mulher recebeu ajuda de funcionários que faziam a vigilância do local e do serviço social da unidade hospitalar, que a encaminhou pra uma casa de apoio para aguardar o horário de retorno ao seu município.

De acordo com outro funcionário, as mulheres ficam ansiosas, o que pode agravar sua situação de saúde, pois muitas se encontram no período pós-operatório ou sob efeitos de fortes medicamentos, além de não terem condições financeiras favoráveis em termos de hospedagem e alimentação para se manterem em Montes Claros, já que as vagas nas casas de apoio se esgotam rapidamente. Uma usuária proveniente do município de Salinas relatou que, ao sair às pressas da seção de quimioterapia, para não perder o ônibus, desmaiou e teve que ser novamente atendida pelos médicos. Em conversa com outra usuária, a mesma se referiu à sua cidade de origem, no caso Varzelândia, como “*Aquele lugar esquecido*”. Quando indagada sobre o que ela queria dizer com o termo “esquecido”, a mesma respondeu que era por que “[...] *não tem nada lá*”, que tudo o que precisam referente aos serviços de saúde têm que recorrer a Montes Claros. Essa fala retrata a realidade dos municípios norte-mineiros, onde a maior parte destes oferecem apenas os serviços de atenção primária em saúde, sendo necessário buscarem atendimentos especializados na cidade de Montes Claros.

BARREIRAS ORGANIZACIONAIS

Expressam a configuração e organização dos serviços de saúde e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis, que facilitam ou dificultam a utilização desses serviços. Como exemplo, pode-se citar a conveniência do horário de funcionamento dos serviços, o tempo de espera pelo atendimento, perfil do profissional disponível, existência de medidas de acolhimento e política de humanização e qualidade técnica do cuidado, entre outros. Estas são medidas que podem afetar positivamente o acesso, contribuindo para a melhoria das condições de saúde das populações e diminuindo as desigualdades sociais em saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

A organização de um atendimento integral, humanizado e hierarquizado é fator primordial na assistência oncológica, dada a complexidade que o tratamento para a doença requer. Deve-se lembrar de que o câncer de mama apresenta um prognóstico relativamente bom, se diagnosticado e tratado precocemente. As altas taxas de mortalidade pela doença no Brasil se dão pelo estágio avançado em que a doença é diagnosticada, fazendo-se necessária a constituição de uma linha de cuidado que vá desde as ações de rastreamento aos cuidados paliativos, envolvendo todos os níveis de atenção à saúde. De acordo com Peters (2013, p. 39), uma linha de cuidado eficaz “[...] garantirá um fluxo ágil no atendimento com ações de referência e contra referência implementadas com relações interpessoais, estabelecidas com contato estreito entre os diversos setores e a responsabilização pelos casos em todos os níveis assistenciais”.

A assistência oncológica no âmbito do SUS é organizada para atender de forma integral e integrada os usuários que buscam pelo tratamento do câncer. Essa assistência é assegurada por meio de uma Rede de Atenção Oncológica, planejada, organizada e controlada pelas Secretarias de Saúde estaduais e municipais, que têm como objetivo adequar a prevenção e o tratamento do câncer às necessidades de cada região do país, segundo os níveis de atenção à saúde. Assim, cada nível de atenção possui as atribuições que lhes são pertinentes. A prevenção primária em Oncologia consiste em ações que visam à redução da exposição da população aos fatores de risco para a doença. Já a prevenção secundária, refere-se ao rastreamento da doença através de exames mais específicos (CESTARI; ZAGO, 2005).

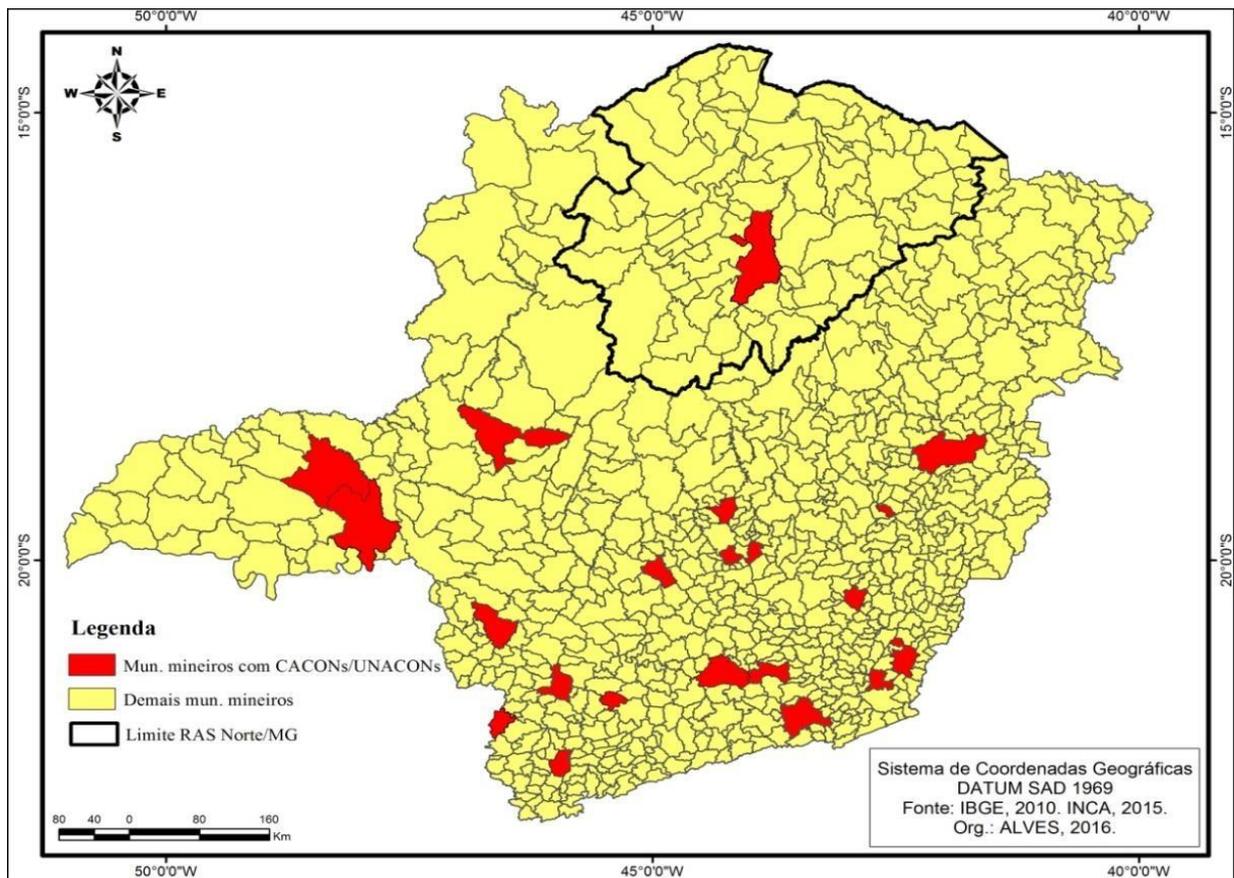
Na atenção primária, realizada no âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS), devem ser desenvolvidas as ações de promoção da saúde, com incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis (dieta adequada, atividade física, combate ao tabagismo e ao alcoolismo e à obesidade) e a conscientização da importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama em todas as etapas do rastreamento. Na UBS devem ser realizados os exames clínicos das mamas, solicitação dos exames mamográficos na população de risco, encaminhamento dos casos de resultados mamográficos com alguma evidência de alteração, entre outros (PETERS, 2013). A atenção secundária se refere à unidade de Média Complexidade do SUS e deve ser unidades ambulatoriais especializadas (regionais ou municipais). Sua função é dar seguimento aos casos de exames alterados, sendo necessária a presença de profissionais capacitados para realizarem as intervenções diagnósticas nos casos suspeitos de câncer de mama, como mamografia, biópsia por agulha grossa, punção por agulha fina, e o tratamento de lesões benignas mamárias (PETERS, 2013). A atenção terciária é composta por estabelecimentos habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/CACON. As unidades hospitalares assim classificadas devem oferecer assistência especializada e integral ao usuário com câncer, abrangendo as seguintes modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2010).

É responsabilidade das UNACONS realizar o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, oferecendo minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, e devem ainda, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente. Os CACONS devem realizar o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis. Também devem realizar tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar. O Estado de Minas Gerais possui três CACONS, dois na capital Belo Horizonte e um na cidade de Muriaé, e vinte e nove UNACONS (MINAS GERAIS, 2012). Através do mapa 03, pode-se observar como estão especializados os CACONS/ UNACONS no território mineiro.

Nota-se, pelo mapa 03, que as desigualdades regionais, que são características marcantes no território mineiro, refletem-se principalmente no setor de saúde, havendo nas regiões centrais e sul uma maior disponibilidade de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados. Observa-se que as unidades hospitalares que oferecem os serviços de alta complexidade oncológica concentram-se na porção sul do Estado de Minas Gerais, enquanto que, ao norte, somente o município de Montes Claros disponibiliza tais serviços. Na RAS Norte de Minas, a cidade de Montes Claros, considerada cidade polo, comporta a assistência hospitalar e ambulatorial referentes à atenção oncológica na região, a partir de dois hospitais consideradas UNACONS, a Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho e Irmandade Nossa Senhora das Mercês (Santa Casa de Montes Claros). Estas duas unidades de saúde recebem toda a demanda de usuários com câncer, inclusive o de mama, da RAS Norte de Minas Gerais e de outras regiões, tanto de Minas Gerais, como de outros estados, como do sul da Bahia. Em dias de atendimento, é possível perceber o grande número de pessoas, doentes ou acompanhantes, que buscam pelo tratamento nas duas unidades, lembrando que muitos vêm todos os dias de outros municípios para Montes Claros.

Não se pode negar que há um esforço na tentativa de parcerias do sistema público com o setor privado, como preconizado pela PNPC, para melhorar a assistência oncológica na região. Contudo, os recursos disponíveis, tanto os tecnológicos, como humanos ou estruturais, ainda são poucos e ineficientes para atenderem à demanda, gerando imensas filas nos dias de atendimento e demora na marcação de consultas e exames. Ressalte-se que quem luta contra o câncer luta também contra o tempo, principal opositor para uma possível cura da doença.

Mapa 03 - Espacialização dos CACONS/ UNACONS em Minas Gerais



BARREIRAS DE INFORMAÇÃO

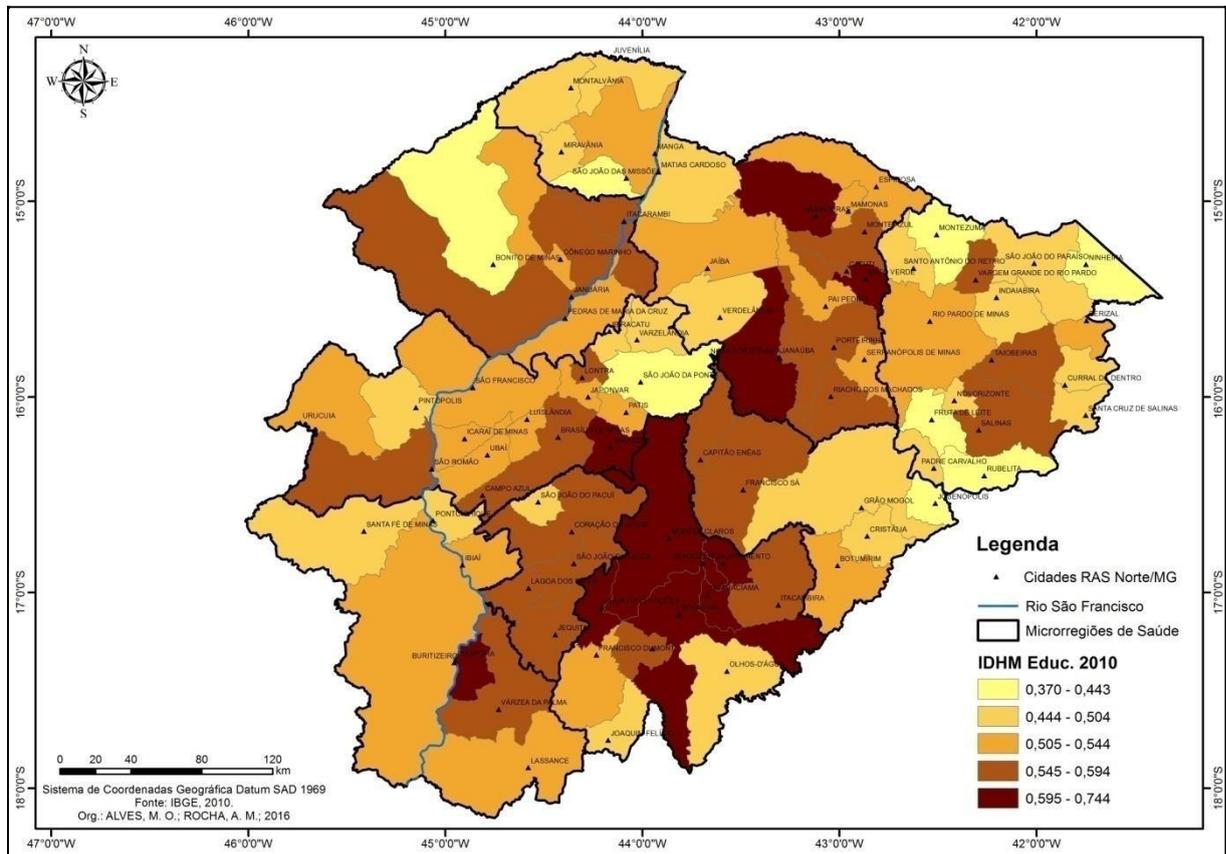
A informação em saúde para a população e para os usuários potenciais dos serviços constitui-se numa relevante característica para a melhoria do acesso à saúde. O conhecimento sobre o sistema e os serviços de saúde, sobre a doença e suas alternativas terapêuticas, contribui para facilitar a utilização dos serviços. Deve-se destacar que este conhecimento envolve, além das ações desenvolvidas pelo setor de saúde, o capital cultural das famílias, o nível de escolaridade, o acesso aos meios de informação, o que pode resultar em desigualdades sociais no acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). É possível analisar o acesso ao conhecimento da população da RAS Norte de Minas através do IDHM Educação (Mapa 04).

O IDHM Educação mede o acesso da população ao conhecimento através de duas variáveis, a escolaridade da população adulta e o fluxo escolar da população jovem. A partir da análise do mapa 04, é possível observar que a maior parte dos municípios da RAS Norte/MG apresentou um índice educacional classificado como baixo (48 municípios) e muito baixo (26 municípios), em 2010. Entre os cinco municípios que apresentaram o IDHM Educação muito baixo, estão Fruta de Leite, São João das Missões, Bonito de Minas, Ninheira e São João da Ponte, com os índices 0,370, 0,381, 0,388, 0,418 e 0,419, respectivamente. Entre os cinco melhores classificados, destaca-se Montes Claros, único município da região com índice educacional considerado alto, seguido por Pirapora, Glaucilândia, Guaraciama, Janaúba e Bocaiúva, com índices de 0,680, 0,667, 0,655, 0,649 e 0,644, respectivamente, considerados como índices médios.

No caso de Montes Claros, não é surpresa a sua colocação, já que o município desponta como polo educacional da região. Contudo, deve-se salientar que o município de Guaraciama, que se encontra entre os melhores classificados em termos de acesso ao conhecimento, é o município que apresentou a maior incidência da doença, podendo estar o nível de instrução de sua população diretamente relacionada com o aumento nos registros de câncer de mama no município. Outro fator a

se considerar é a proximidade de Guaraciama com o centro especializado na assistência oncológica, no caso de Montes Claros, fator primordial para o maior acesso da população aos serviços de saúde, assim como o acesso à informação, que está relacionado com o nível de escolaridade

Mapa 04 - Municípios da RAS Norte/MG – IDHM Educação, 2010.



O nível de escolaridade das mulheres participantes da pesquisa apresentou-se bem variado e relativamente satisfatório, já que boa parte dessas possuía Ensino Médio e Superior completos, o que corrobora com o fato de que quanto maior a escolaridade, maior o nível de conhecimento e de informação, e maior o acesso ao sistema de saúde. Quanto aos meios de acesso à informação, praticamente todas consideram a televisão como principal provedora. Ressalta-se aqui a importância dos meios midiáticos, principalmente os televisivos, na divulgação de informações que visem à prevenção de doenças, como o câncer de mama, e a promoção da saúde.

Outra forma de levar informação à população sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama são as ações e eventos realizados por entidades filantrópicas, em parceria com o setor público e privado. Algumas dessas ações puderam ser acompanhadas em Montes Claros, no dia 17 de abril de 2015. Trata-se da 5ª edição do Mutirão de Prevenção ao Câncer. O evento, que ocorre anualmente, é organizado pela Associação Presente de Apoio ao Paciente com Câncer Padre Tiãozinho, em parceria com o Hospital Santa Casa de Montes Claros, a Prefeitura Municipal de Montes Claros através da Secretaria Municipal de Saúde, empresas do ramo farmacêutico, laboratórios, profissionais da saúde, acadêmicos, entre outros.

Muitas outras ações de prevenção ao câncer de mama e promoção da saúde são realizadas na cidade de Montes Claros, principalmente no mês de outubro, eleito como mês de prevenção à doença, o chamado "Outubro Rosa". Não obstante, percebe-se que essas ações não envolvem toda a população da região em estudo, principalmente aquelas pessoas mais carentes econômico, social e culturalmente, residentes nos municípios mais longínquos em relação a Montes Claros, muitas

inclusive, moradoras da zona rural. Daí a necessidade de se estender essas ações, através de projetos de extensão, em parceria das universidades com os hospitais, prefeituras, UBS, empresas privadas e a população em geral, a fim de levar informação a toda população da região, na tentativa de se garantir um acesso mais equitativo aos serviços de saúde.

Dentre as principais queixas apresentadas por essas mulheres estão as dificuldades financeiras agravadas pela doença, os efeitos da quimioterapia, as longas distâncias percorridas em busca do tratamento, a falta de informação sobre a doença e sobre o tratamento, ter que deixar de realizar suas atividades diárias, entre outros. Sobre seus medos, afirmaram receio de metástases, da retirada da mama, da queda do cabelo, dos preconceitos e, é claro, do óbito. Aprenderam, com o advento da doença, a valorizar mais a vida e a buscar mais conhecimento. Destacaram a importância de ações de prevenção não só no mês de outubro, mas em todo tempo e em todos os municípios. Afirmaram ter encontrado apoio para superar a doença nas suas famílias e na religião. Todas elogiaram o atendimento dos profissionais da saúde das unidades de assistência oncológica em Montes Claros.

Diante da situação epidêmica do câncer de mama no Brasil, como problema de saúde pública, as ações visando à prevenção da doença e à promoção da saúde da população tornam-se de extrema relevância. É sabido que, para se conseguir prevenir o câncer, é necessária a máxima redução ou eliminação dos agentes carcinogênicos, considerando os fatores ambientais, econômicos, sociais e culturais. Diante deste contexto,

Para prevenir o câncer a população deve ser informada sobre os comportamentos de risco, os sinais de alerta e a frequência da prevenção. Mas, além disto, é importante a capacitação dos recursos humanos que atuam nesta área, buscando uma reorientação para a cultura do câncer e consequentemente mudanças na práxis destes profissionais. (CESTARI; ZAGO, 2005, p. 220)

Percebe-se que, nos últimos anos, vem aumentando o conhecimento da população acerca das formas de prevenção de doenças potencialmente letais como o câncer, bem como a conscientização da necessidade de mudança nos hábitos e estilo de vida a fim de se alcançar uma situação de saúde plena. Cada vez mais, as ações e estratégias com foco na prevenção e promoção de saúde, através da apropriação do conhecimento sobre doenças, riscos e saúde, estão sendo disponibilizadas à população, principalmente através dos meios de comunicação de massa, como é o caso da televisão. Contudo, essas práticas estão aquém de atingir toda a demanda populacional para realmente controlar o câncer. Prova disto é o fato de que existe ainda um grande número de mortes pela doença no Brasil e no mundo. Pôde-se observar, no decorrer da pesquisa, que a maior parte dos usuários não conhece os direitos legais que os amparam, o que impede a reivindicação do direito à saúde como portadora de câncer de mama.

O acesso ao tratamento oncológico em um país com grandes dimensões territoriais, distribuição desigual da população e dos serviços de saúde, como o Brasil, apresenta graves problemas, como as ofertas desiguais de serviços e fragilidade na estrutura da rede assistencial. Sabe-se que a demora no acesso e na resolutividade contribui consideravelmente para a progressão da doença. Para o controle e tratamento do câncer de mama e de qualquer tipo de neoplasia maligna, torna-se necessário organizar toda a rede de atenção à saúde, na tentativa de melhorar o acesso dos usuários portadores da doença ao tratamento, assim como facilitar o acesso das mulheres ao diagnóstico precoce do câncer de mama através do rastreamento mamográfico. Este é um desafio enfrentado pelo SUS, que vem tentando garanti-lo através de políticas públicas de saúde específicas como a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas atingidas pelo câncer de mama, ao buscarem tratamento para a doença, na RAS Norte de Minas, enfrentam problemas relacionados com o acesso aos serviços de saúde, principalmente no que se refere à acessibilidade, como percorrer grandes distâncias com péssimas condições das estradas e muitas não têm pavimentação, poeira, altas temperaturas, travessias de balsa, para realizarem o tratamento. Além desse, a região apresenta outros graves problemas como as ofertas desiguais de serviços e fragilidades na estrutura da rede assistencial. Sendo assim, para o melhor controle e tratamento mais efetivo do câncer de mama, faz-se necessário reorganizar a oferta dos serviços em oncologia, descentralizando os tratamentos mais usuais, como os radioterápicos e quimioterápicos, ao nível das Regiões de Saúde, para amenizar as dificuldades de acesso ao tratamento, principalmente da população mais pobre.

É necessário ainda, que se equipem as unidades de referência para os serviços oncológicos com recursos humanos e tecnológicos mínimos para a realização dos exames diagnósticos e do tratamento, como as biópsias, as cirurgias, as terapias químicas e as terapias por radiação. Quanto ao acesso das mulheres ao diagnóstico precoce do câncer de mama, é preciso capacitar o maior número possível de profissionais da saúde que atuam na atenção básica para realizarem o exame clínico das mamas como parte do atendimento integral à saúde da mulher, para solicitarem exames de rastreamento mamográfico nas mulheres que compõem o grupo de risco para o desenvolvimento da doença e, em caso de diagnósticos confirmados, fornecerem as orientações necessárias para que essas mulheres possam ingressar o mais rápido possível ao tratamento para a doença.

Em relação à promoção da saúde e prevenção do câncer de mama, não se pode negar que o conhecimento da população acerca das formas de se prevenir a doença, bem como a conscientização da necessidade de mudança nos hábitos e estilo de vida, vem aumentando graças aos programas e ações que visam educar a população para tais práticas. Essas ações são desenvolvidas geralmente em parceria dos órgãos públicos das diversas esferas de governo com diversos setores da sociedade. Todavia, percebe-se que essas ações não abrangem toda a população, pois se concentram nos centros urbanos mais desenvolvidos socioeconomicamente, como Montes Claros, ficando de fora os municípios que estão mais distantes e que são menos favorecidos econômico e socialmente.

Daí decorre a necessidade de se estender essas ações a toda a região, através de visitas técnicas, palestras, reuniões com as mulheres que estiverem com idade que se enquadre no grupo de risco para o desenvolvimento da doença, eventos locais, propagandas sobre o câncer de mama nas mídias televisivas, entre outras. Tudo isso feito através de parceria intersetorial, envolvendo universidades, prefeituras, empresas privadas, entidades filantrópicas, agentes de saúde, enfim, a população em geral, na tentativa de se educar cada vez mais mulheres sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce, lembrando que o câncer de mama apresenta boas chances de cura, se diagnosticados e tratado precocemente.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPQ pelo financiamento do Projeto “Espacialização e Estudo do Câncer no Norte de Minas Gerais – 2004 a 2014”.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde**, 8., 1986, Brasília. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 10 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 15 de abril 2015.

CESTARI, M. E. W; ZAGO, M. M. F. A prevenção do câncer e a promoção de saúde: um desafio para o Século XXI. **Rev. Bras. Enferm.** 2005; mar-abr; v. 58, nº 2, p. 218-21. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000200018>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios Contínua – PNADC**. 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/analise02.shtm. Acesso em 24 de junho de 2016.

JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, v. 15, nº 1, p. 161-170. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>. Acesso em 18 de maio de 2016.

MAGALHÃES, S. C. M. **Fatores determinantes da ocorrência de tuberculose no Norte de Minas Gerais**. 225 f. Tese (Doutorado em Geografia). Uberlândia. Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Instituto de Geografia, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.115, de 18 de abril de 2012**. Aprova a prestação de serviços de definição de diagnóstico e início de tratamento do Câncer de Mama nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/UNACON, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia/CACON e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. Belo Horizonte, 2012.

PETERS, Sônia Helena. **Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e o câncer de mama – dificuldade no acesso: do diagnóstico ao tratamento oncológico**. 120f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Pelotas. Universidade Católica de Pelotas – UCPEL, 2013. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br/sobre/institucional/deliberacao-cib-susmg?start=40>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2012, v. 31, nº 3, p. 260–268. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>. Acesso em 12 de março de 2016.

SANTANA, P. **Introdução à Geografia Da Saúde**: território, saúde e bem estar. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 183-206.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, nº 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>, acesso em 27 de abril de 2015.