



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Alves, Mônica Oliveira; Magalhães, Sandra Célia Muniz; Coelho, Bertha Andrade
A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama
Saúde e Sociedade, vol. 26, núm. 1, 2017, Janeiro-Março, pp. 141-154
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902017160663

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263964011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama¹

Health regionalization and assistance to users with breast cancer

Mônica Oliveira Alves

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil.

E-mail: monicaelit@hotmail.com

Sandra Célia Muniz Magalhães

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil.

E-mail: sandramunizgeo@hotmail.com

Bertha Andrade Coelho

Faculdades Integradas Pitágoras. Montes Claros, MG, Brasil.
E-mail: budcoelho@gmail.com

Resumo

O câncer (ou neoplasia maligna), apesar de ser uma patologia conhecida há séculos, tem ocupado posição de destaque nos estudos referentes à saúde por todo o mundo, pois se tornou um problema de saúde pública, devido ao caráter epidêmico com que tem se apresentado. Este trabalho tem por objetivo discutir a regionalização da saúde em Minas Gerais, relacionando-a com a assistência aos usuários com câncer de mama dos municípios que compõem a Região Ampliada de Saúde Norte (RAS Norte). Os procedimentos metodológicos consistiram em revisão bibliográfica, pesquisa documental e registros iconográficos. A RAS Norte é composta por 86 municípios divididos em nove regiões de saúde, sendo Montes Claros a cidade-polo que oferece os serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade para o tratamento do câncer e que recebe toda a demanda de usuários oncológicos da região. A população atingida pelo câncer de mama na região enfrenta 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 para tratarem a doença. Percebe-se que a regionalização da saúde em Minas Gerais é um processo ainda em construção que deve ser revisto constantemente, a fim de se atingir uma gestão eficiente dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Regionalização da Saúde; Serviços de Saúde.

Correspondência

Mônica Oliveira Alves

Av. Dr. Ruy Braga, S/N, Prédio 2, 3º andar. Vila Mauriceia, Montes Claros, MG, Brasil. CEP 39401-089.

¹ Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - Fapemig.

Abstract

Cancer (or malignancy), despite being a well known disease for centuries, has occupied a prominent position in the studies regarding health throughout the world, because it has become a public health problem, due to its epidemic character. This work aims to discuss the health regionalization in Minas Gerais relating this to the assistance to breast cancer patients of the municipalities that compose the Extended Region of Northern Health (RAS North). The methodological procedures consisted of literature review, document search and iconographic records. RAS North comprises 86 municipalities, divided into nine health regions, and Montes Claros is the main city to offer outpatient and hospital services of high complexity for cancer treatment, and receives all the demand for oncology patients in the region. The people of RAS North diagnosed with breast cancer face many problems, such as accessibility to health services, like traveling great distances with poor road conditions to receive medical treatment. It can be observed that health regionalization in Minas Gerais is a process under construction that should be constantly revised to achieve efficient management of health services.

Keywords: Breast Cancer; Health Regionalization; Health Services.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas o problema de saúde pública de maior magnitude no Brasil, por serem responsáveis por 70% das causas de óbitos no país. Entre as principais DCNT estão o infarto, a hipertensão arterial, as doenças respiratórias crônicas, o acidente vascular cerebral e o câncer (Brasil, 2011).

O câncer (ou neoplasia maligna) é uma patologia conhecida há séculos. No entanto, tem ocupado posição de destaque nos estudos referentes à saúde por todo o mundo, uma vez que se tornou um problema de saúde pública, devido ao caráter epidêmico com que tem se apresentado. Estudos apontam que, no ano de 2030, ocorrerão 21,4 milhões de casos novos e 13,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo, decorrentes do crescimento e do envelhecimento populacional (INCA, 2014).

Para o biênio 2016/2017, são esperados seiscentos mil novos casos de câncer no Brasil, considerando todas as neoplasias malignas. Somente para a região Sudeste, estima-se, para o mesmo biênio, 134.330 casos novos de câncer em homens e 156.760 casos novos de câncer em mulheres, com uma taxa bruta de incidência de 324,61 e 358,58 casos por cem mil habitantes, respectivamente. Já para o estado de Minas Gerais, estão estimados 28.390 casos novos em homens e 32.360 em mulheres, com taxas brutas de incidência respectivas de 273,62 e 302,05 por cem mil habitantes (INCA, 2015).

Para a Região Ampliada de Saúde Norte (RAS Norte), eram esperados, em 2013, 2.860 casos novos e 920 óbitos por câncer. As taxas brutas de incidência alcançariam 198 casos novos por cem mil homens e 147 casos novos por cem mil mulheres, para todos os tipos de neoplasias malignas, com maior prevalência do câncer de próstata e do estômago nos homens, e nas mulheres o câncer de mama e do colo do útero, além do câncer de pele não melanoma para ambos os性os (Minas Gerais, 2012).

Apesar da grande quantidade de casos estimados para o estado, a RAS Norte não está entre as macrorregiões com as maiores taxas de mortalidade por neoplasias malignas; os primeiros lugares são as macrorregiões Sudeste, Sul e Centro-Sul de Mi-

nas Gerais. Em contrapartida, verifica-se que essa região está entre as que apresentam os mais baixos indicadores sociais no estado, com municípios como Bonito de Minas, Montezuma e Ninheira, que no ano de 2010 apresentaram os mais baixos índices de desenvolvimento humano municipal (IDHM) da região e do estado (Minas Gerais, 2012).

Dois aspectos caracterizam o câncer como um problema de saúde pública no Brasil:

Primeiro, o aumento gradativo da incidência e mortalidade por câncer, proporcionalmente ao crescimento demográfico, o envelhecimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico. Segundo, o desafio que isso representa para o sistema de saúde no sentido de garantir-se o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença (Oliveira et al., 2011, p.18).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014), câncer é um conjunto de mais de cem doenças, caracterizadas pelo crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos e se dividem muito rápido. Algumas se tornam agressivas e incontroláveis, podendo se espalhar para outras regiões do corpo, determinando a formação de metástases.

As principais causas da doença podem ser fatores externos ou internos ao organismo, estando ambos inter-relacionados. Cerca de 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais, como as transformações causadas no meio ambiente pelo homem, os hábitos e estilos de vida adotados. Dessa forma, os hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, fatores ocupacionais, hábitos sexuais, medicamentos e radiação solar são os principais carcinógenos ligados ao meio ambiente e ao estilo de vida da população.

O envelhecimento é outro fator que aumenta a possibilidade de desenvolver a doença, devido ao tempo em que as células de uma pessoa idosa ficaram expostas aos fatores de risco para o câncer. Também se deve considerar a participação dos fatores hereditários, étnicos e familiares na gênese de alguns tipos da doença, como o câncer de estômago, intestino e mama, como apontam as informações disponíveis na página supracitada do INCA.

O câncer de mama é o tipo de neoplasia maligna mais prevalente na população feminina em todo o mundo, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. Segundo dados disponibilizados na página do INCA, essa doença representou 25% do total de casos de câncer em 2012, com 1,7 milhões de novos registros no mesmo ano em nível global. O câncer de mama é a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres.

No Brasil, os dados em relação à doença não são diferentes. À exceção dos tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres do país, ocupando o primeiro lugar em todas as regiões brasileiras, exceto na região Norte, onde o tipo mais comum da doença, na população feminina, é o câncer de colo do útero (Porto; Teixeira; Silva, 2013). Para o biênio 2016/2017, estão estimados 57.960 casos novos da doença no país, o que equivale a uma taxa de incidência de 56,20 casos a cada cem mil mulheres. Em Minas Gerais, são esperados, para o mesmo período, cerca de 5.160 casos novos de câncer de mama em mulheres por localização primária, sendo que 1.030 destes se referem somente à capital do estado. As taxas brutas de incidência da doença estão estimadas em 48,19 casos por cem mil mulheres para todo o estado e 75,59 casos por cem mil mulheres para a capital mineira (INCA, 2015).

Dentre os fatores de risco para desenvolver o câncer de mama, o INCA aponta como os mais conhecidos: o envelhecimento, os fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário. A mesma instituição também entende que algumas práticas, como amamentação, atividade física e alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolver esse tipo de câncer, o que poderia evitar o surgimento de novos casos da doença em até 30%.

É interessante ressaltar que o câncer de mama apresenta um prognóstico relativamente bom se diagnosticado e tratado oportunamente. Contudo, as taxas de mortalidade pela doença continuam muito elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. “A

sobrevida média após cinco anos na população de países desenvolvidos é aproximadamente 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60%" (Porto; Teixeira; Silva, 2013, p. 332).

Diante da importância epidemiológica do câncer e sua magnitude como problema de saúde pública, foi instituída no Brasil a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. O objetivo desse documento é assegurar a redução da mortalidade e da incapacidade causada pelo câncer e a diminuição da incidência de alguns tipos da doença. Propõe, ainda, contribuir para melhorar a qualidade de vida dos usuários com câncer, através de ações que promovam a prevenção, a detecção precoce, o tratamento oportuno e os cuidados paliativos (Brasil, 2013).

Nesse sentido, a garantia do acesso aos serviços de saúde torna-se essencial para controlar e combater todo tipo de câncer. O acesso torna-se, assim, uma forma universal para ingressar no sistema de saúde pública no Brasil e "Exige o fortalecimento da saúde como um bem público destinado a atender pessoas que recorrem aos serviços, sendo que a igualdade social o trata como um direito individual e coletivo" (Rêgo; Nery, 2013, p. 380).

Para garantir o acesso pleno e equitativo da população afetada pelo câncer aos serviços de saúde, deve haver um planejamento adequado, que considere "a identificação dos polos de atração, a regionalização do atendimento, as distâncias percorridas pela população na busca pela assistência e os volumes envolvidos nestes deslocamentos" (Oliveira et al., 2011, p. 318). Entre os princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, está a "organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo" (Brasil, 2013, p. 2).

Uma das formas que vêm sendo utilizadas na tentativa de assegurar o acesso pleno aos serviços de saúde no Brasil é a regionalização da saúde, através do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Nesse contexto, este trabalho tem por objetivo discutir a re-

gionalização da saúde em Minas Gerais e relacioná-la com a assistência aos usuários com câncer dos municípios que compõem a RAS Norte de Minas Gerais. Este estudo se faz relevante para evidenciar os municípios norte-mineiros de maior ocorrência de câncer de mama e as principais dificuldades encontradas pelos portadores da doença ao recorrerem aos serviços de saúde na região. Dessa forma, poderá contribuir com as políticas públicas de saúde na elaboração de medidas mais eficazes de prevenção, controle e tratamento da doença, garantindo melhor acesso da população aos serviços de saúde.

Materiais e método

A área de estudo abrange os municípios que compõem a RAS Norte, da qual Montes Claros é a cidade-polo que oferece os serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade.

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza explicativa e análise quantitativa, realizado a partir de revisão bibliográfica pautada na literatura disponível sobre o tema em debate; análise de documentos como o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), da Política Nacional de Controle e Prevenção do Câncer; na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e de algumas portarias, normas e deliberações que regem tais documentos.

Os dados quantitativos utilizados na pesquisa foram todos os registros de câncer de mama (C50 e D05 da 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10), assistidos no âmbito do SUS, notificados pelo Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho e do Hospital Santa Casa de Montes Claros, entre os anos de 2004 e 2014. Tais unidades de saúde prestam serviços oncológicos e são habilitadas pelo SUS como unidades de assistência de alta complexidade em oncologia (Unacons). Assim, esses estabelecimentos 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).

Utilizou-se as técnicas do Sistema de Informação Geográfica (SIG) para processar e espacializar os dados. Tomou-se como fonte a regionalização da saúde proposta pelo PDR/MG (2011) e a base cartográfica da divisão municipal do estado de Minas Gerais, proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010. Os dados foram processados pelo software ArcGis Map 10.2.1, tendo como produto final os mapas temáticos utilizados neste trabalho.

Ressalta-se que este estudo é braço de uma pesquisa que tem como objetivo analisar a ocorrência do câncer de mama na RAS Norte entre os anos de 2004 e 2014, bem como as condições de acesso da população afetada pela doença na região aos serviços de saúde. A pesquisa está devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) sob o número 1.074.475, em 22 de maio de 2015.

Resultados e discussão

O PDR é um instrumento de planejamento e gestão utilizado na área da saúde com o objetivo de “direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala” (Minas Gerais, 2011, p. 19). Nesse sentido, a região é vista como um

conjunto de municípios circunvizinhos que mantêm entre si inter-relações para as questões de promoção e assistência à saúde do SUS, sendo a maioria periféricos a um polo que exerce força de atração sobre os demais, e constituem-se como base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde e organização de redes. Para o PDR/MG, cada região se configura conforme o modelo de atenção adotado; cada região se caracteriza segundo o nível de atenção, o âmbito de cobertura dado, o porte, as inter-relações com as demais regiões do sistema, circunvizinhas ou não (Minas Gerais, 2011, p. 29).

O PDR/MG foi instituído no ano de 2002 tendo em vista a distribuição e o ordenamento dos espaços territoriais do estado, visando organizar

os serviços de saúde em redes e garantir os princípios da saúde, integralidade, economia de escala, escopo e acessibilidade da população. O documento foi elaborado em conformação com as diretrizes estabelecidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/02 (Brasil, 2002) -, que estabelece, entre outros, o processo de regionalização como estratégia de hierarquização e equidade dos serviços de saúde.

O NOAS/SUS 01/02 institui o PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência no âmbito dos estados e no Distrito Federal. Estes deverão organizar seus territórios em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-polo e dos demais municípios abrangidos. Seu objetivo é incorporar a construção social de redes de atenção à saúde, considerando o fluxo da população mineira em busca desses serviços no estado. Essas redes devem articular os pontos de atenção à saúde em territórios sanitários, assegurando uma oferta de serviços mais eficiente, efetiva e com qualidade. Dessa forma, os serviços de atenção primária à saúde devem ser ofertados no âmbito dos municípios, o mais próximo possível da residência dos usuários, e as unidades secundárias que ofertam serviços de média complexidade devem estar concentradas nas microrregiões (regiões de saúde), enquanto as unidades terciárias, cujos serviços são de alta complexidade, concentram-se nas macrorregiões (ou regiões ampliadas de saúde) (Minas Gerais, 2011).

Minas Gerais tem uma extensão territorial de 586.528,293 km², dividida em 853 municípios, com uma população total de 19.597.330 habitantes em 2010, estimada em 20.734.097 habitantes para 2014 (IBGE, 2014). As regiões mineiras apresentam características divergentes, tanto no que se refere à distribuição populacional quanto aos aspectos socioeconômicos - fato que dificulta a implantação de um PDR. A região norte do estado apresenta uma grande extensão territorial, com um contingente populacional relativamente pequeno, o que caracteriza um quadro de pequena densidade demográfica e de grandes distâncias entre seus municípios (Minas Gerais, 2011). Pode-se afirmar que é uma região dual, onde podem

ser encontrados espaços de riqueza e de pobreza, tradicionais e modernos, de produção e escassez, de discursos e de realidades (Pereira, 2007). A região, ora assinalada como “bolsão de pobreza”, ora como “cheia de potencialidades”, como afirmam Pereira e Soares (2005), diferencia-se das demais regiões mineiras, tanto pelas características ambientais marcadas, principalmente, pelos impactos do clima semiárido, como pelas características socioeconômicas, uma vez que apresenta graves problemas sociais em âmbito regional. As autoras enfatizam que

O norte de Minas é um espaço que se individualiza no contexto estadual pela pobreza, pela seca, pela marginalização, pelo isolamento regional, pela dependência dos municípios frente às transferências da União e do estado, fenômenos que, historicamente, aproximam mais essa região do Nordeste brasileiro do que do Sudeste (Pereira; Soares, 2005, p. 11609).

É interessante ressaltar que o norte de Minas foi pioneiro na implantação da Rede de Urgência e Emergência no Estado, com base em uma metodologia preconizada no protocolo de Manchester em 1997. De acordo com Magalhães (2013), isso se deu pelo fato de a região necessitar de urgentes intervenções no setor de saúde, por apresentar diversas evidências epidemiológicas, bem como deficiência no registro de mortalidade, muitas vezes apontada como sendo de causas mal definidas, o que revela certa fragilidade na assistência à saúde na região, entre outros. Apesar dos notáveis progressos, a autora aponta vários entraves que dificultam a qualidade dos serviços ofertados na região, como a escassez de leitos e de recursos humanos nas unidades de saúde e as longas distâncias entre os centros que ofertam tais serviços e os demais municípios que compõem a região, e destaca a necessidade de melhoria quantitativa e qualitativa em muitos quesitos, principalmente em recursos humanos:

No norte de Minas existe um serviço estruturado, porém ainda está aquém da demanda. Observa-se que o sistema de saúde e as necessidades da popu-

lação parecem andar na contramão, já que existe uma estrutura de atendimento em determinados municípios, é disponibilizada uma infinidade de novas estratégias de atenção à saúde, enquanto uma multidão de indivíduos não tem acesso a eles (Magalhães, 2013, p. 120).

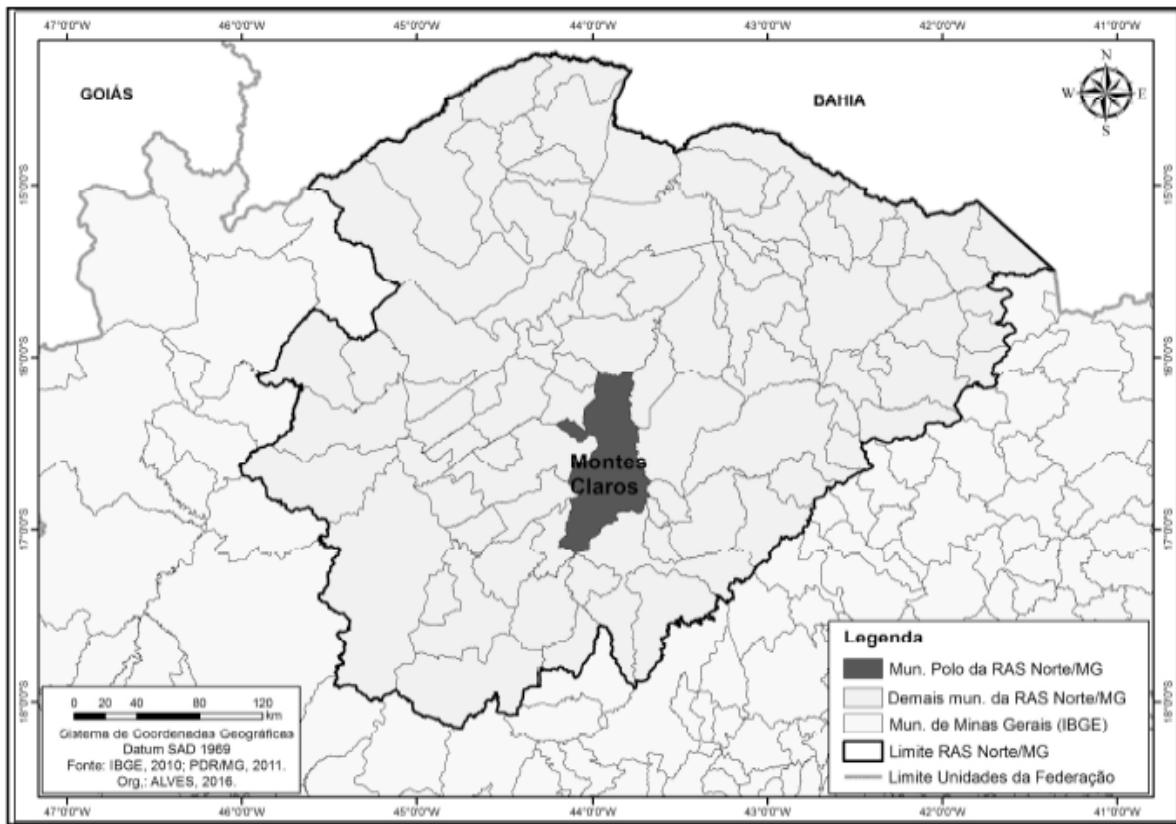
O território mineiro é dividido em 13 regiões ampliadas de saúde, com 76 regiões de saúde. A RAS Norte de Minas é a maior região do estado em extensão territorial e contém sua terceira maior população (Minas Gerais, 2012). A Figura 1 apresenta a localização da RAS Norte de Minas e o município Montes Claros, considerado o polo regional no que se refere à oferta de serviços.

A RAS Norte de Minas abrange 86 municípios, como pode ser observado na Figura 1. Estes estão divididos em nove regiões de saúde, com uma população total de aproximadamente 1.609.862 habitantes, sendo Montes Claros a cidade-polo que oferece os serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade (Silveira, 2013).

A assistência oncológica no âmbito do SUS é organizada para atender de forma integral e integrada os usuários que buscam tratar o câncer. Essa assistência é assegurada por meio de uma rede de atenção oncológica, planejada, organizada e controlada pelas secretarias de saúde estaduais e municipais, cujo objetivo é adequar a prevenção e o tratamento do câncer às necessidades de cada região do país. Essa rede é composta por estabelecimentos habilitados, como as Unacons ou os centros de assistência de alta complexidade em oncologia (Cacons) (Brasil, 2010).

É responsabilidade das Unacons fazer o diagnóstico definitivo e o tratar os cânceres mais prevalentes da região de saúde onde estão inseridas, oferecendo minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, e devem ainda, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente. Os Cacons devem fazer o diagnóstico definitivo e tratar todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente os raros e infantis. Também devem realizar tratamentos de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar.

Figura 1 – Mapa de localização da RAS Norte de Minas



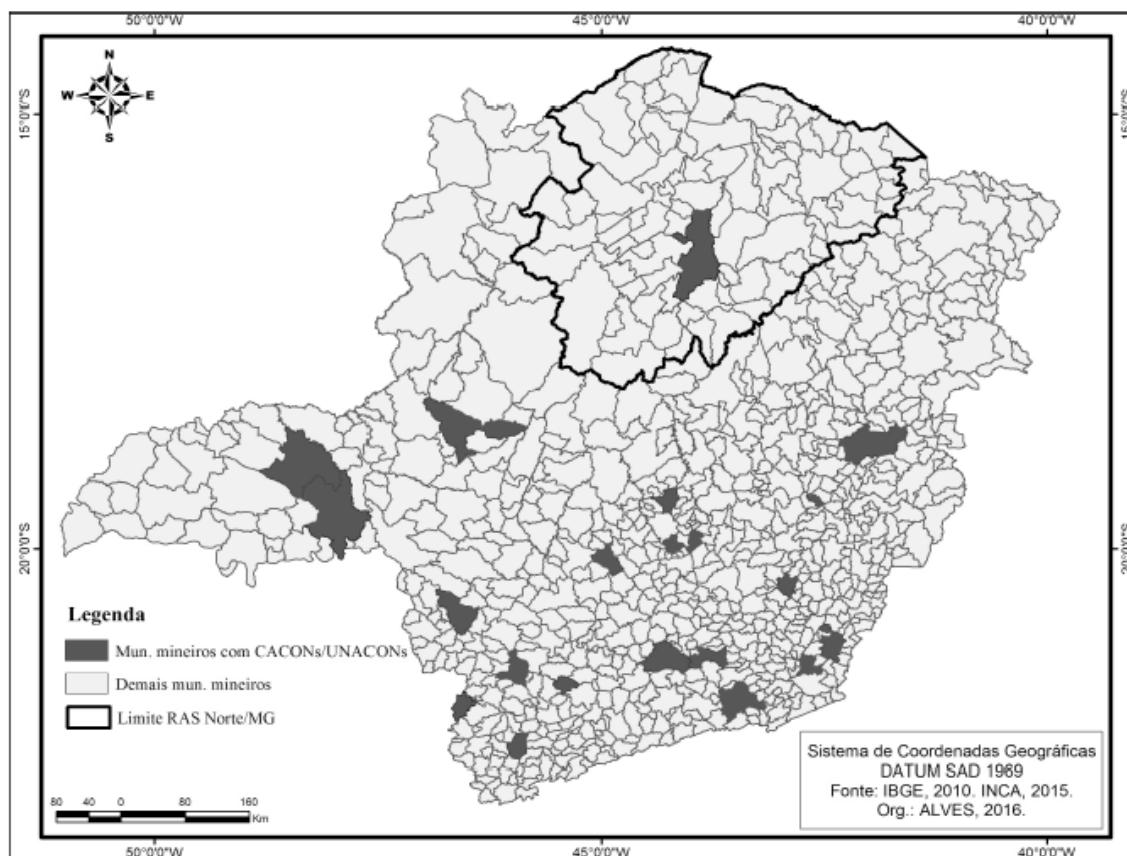
As unidades hospitalares assim classificadas devem oferecer assistência especializada e integral ao usuário com câncer, abrangendo as seguintes modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos (Brasil, 2010). Pode-se observar na Figura 2 como estão espacializados os Cacons/Unacons no território mineiro.

O estado de Minas Gerais tem três Cacons, dois na capital Belo Horizonte e um na cidade de Muriaé, além de 29 Unacons (Minas Gerais, 2012). Na RAS Norte de Minas, somente a cidade de Montes Claros, considerada cidade-polo, comporta a assistência hospitalar e ambulatorial referente à atenção oncológica na região, a partir de dois hospitais considerados Unacons, a Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho e Irmandade Nossa Senhora das Mercês.

Observa-se que as unidades hospitalares que oferecem os serviços de alta complexidade oncológica concentram-se na porção sul do estado, enquanto ao norte, somente Montes Claros os disponibiliza. Nota-se que as desigualdades regionais, características marcantes no território mineiro, se refletem também no setor de saúde, havendo nas regiões centrais e sul uma maior disponibilidade de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados (Minas Gerais, 2011).

Os atendimentos no âmbito da rede de atenção oncológica não estão restritos apenas aos usuários dos municípios da região e arredores. Um grande número de pessoas com neoplasia maligna, inclusive com câncer de mama, converge para a cidade de Montes Claros em busca de tratamento para a doença, sobrecregendo os hospitais que prestam o atendimento e dificultando o acesso dessa população aos serviços de saúde, como demora na marcação de exames, procedimentos ambulatoriais, cirurgias, entre outros.

Figura 2 – Espacialização dos Cacons/Unacons em Minas Gerais



Fonte: IBGE, 2010

Em se tratando de câncer, são indispensáveis a rapidez e agilidade no atendimento para a tentativa de cura, pois muitos tipos da doença apresentam um bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente. Peters (2013) afirma que as desigualdades sociais no acesso devem ser avaliadas considerando a adequação do momento e o local de atendimento, principalmente no Brasil, já que as pessoas mais vulneráveis socialmente só procuram os serviços quando 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.

Observou-se no decorrer da pesquisa que, além dos municípios norte-mineiros, outras regiões mineiras, até mesmo de outros estados brasileiros, como Bahia, Santa Catarina e Rio Grande do Norte, procuram Montes Claros para atendimento em relação ao câncer de mama. Embora a cidade não seja um centro de excelência no tratamento

do câncer, tal fato ocorre devido à escassez de unidades de atendimento para a doença na porção norte do estado, estando estas concentradas na porção sul, como já foi mencionado, entre outros fatores.

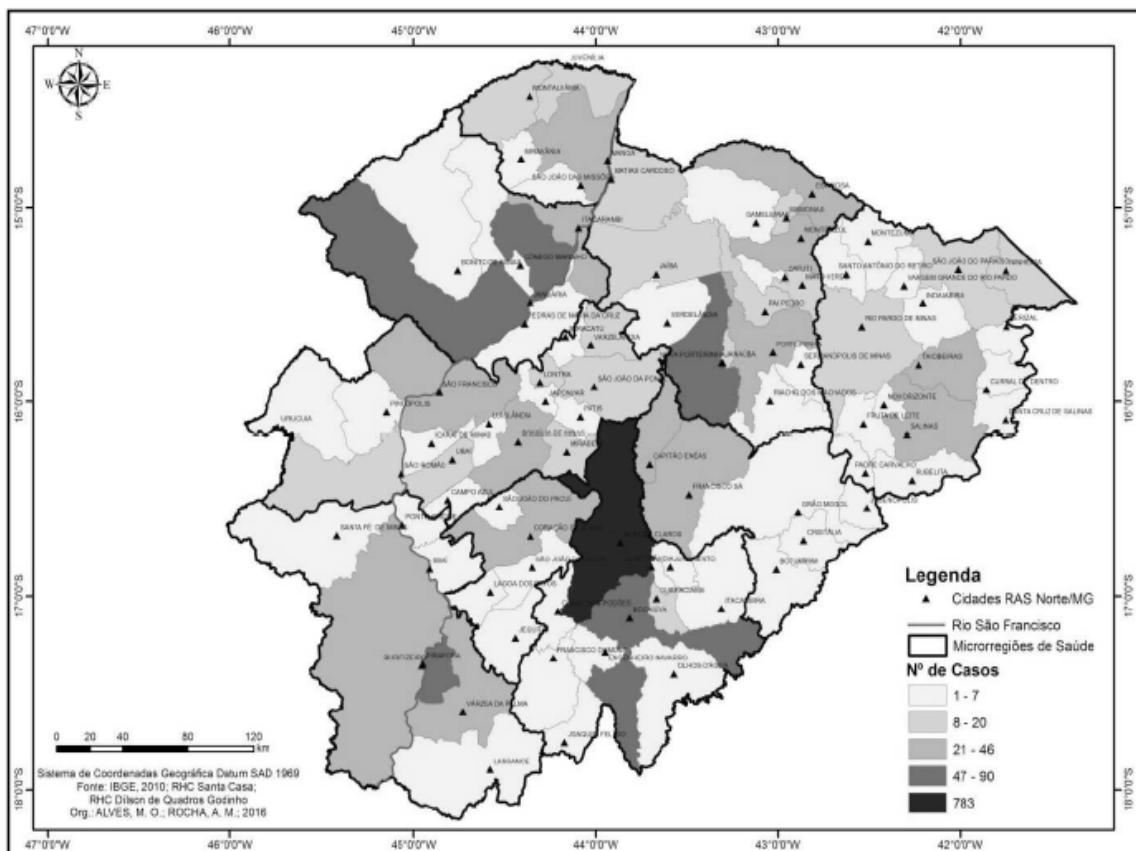
O câncer, especialmente o de mama, ainda se apresenta como uma patologia cercada de questionamentos na área científica, enquanto, no senso comum, a doença é vista muitas vezes como um mistério ou um castigo divino, em que a simples pronúncia do seu nome pode atraí-la como má sorte. Mesmo com os progressos advindos com a judicialização da assistência oncológica através de normas, portarias, leis e recomendações feitas pelos órgãos públicos como tentativa de 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 de 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.

De acordo com os dados obtidos na pesquisa, todos os municípios mineiros que compõem a RAS Norte/MG apresentaram registro de câncer de mama nas unidades de atendimento situadas em Montes Claros. A Figura 3 apresenta a espacialização dos casos por município da região em estudo.

Foram registrados 1.949 casos de câncer de mama nas unidades de atendimento aos portadores da doença em Montes Claros entre os anos de 2004 e 2014. Destes, 1.895 pertencem aos municípios da RAS Norte. Percebe-se, pela Figura 3, que todos os municípios da região apresentaram registro da doença, embora a quantidade de casos tenha sido bastante variada. Quatro municípios se destacaram, registrando 63, 65, 86 e 90 casos, a saber, Janaúba, Bocaiúva, Januária e Pirapora, respectivamente. Pode-se inferir que a situação do câncer de mama no norte de Minas segue o padrão mundial, em que os municípios mais desenvolvidos social e economicamente apresentam um número maior de casos da doença.

Figura 3 – Ocorrência de casos novos de câncer de mama na RAS Norte/MG – 2004 a 2014



Fonte: IBGE, 2010

Deve-se considerar que a maioria dos municípios norte-mineiros apresenta um contingente populacional relativamente pequeno se comparado à população do município de Montes Claros. Este, por sua vez, apresentou o maior número de casos da doença - 783 casos para o período analisado. Para se ter uma ideia da diferença populacional do município de Montes Claros em relação aos demais que compõem a região, este possui uma população em torno de 361.915 habitantes, enquanto o segundo colocado, Janaúba, tem 66.803 habitantes (IBGE, 2010). 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 apresentam 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 garantir um acesso mais rápido do portador de câncer ao tratamento da doença, este encontra dificuldades para conseguir outros procedimentos ambulatoriais não diretamente ligados ao tratamento oncológico, mas necessários para sua realização, como exames hematológicos, tomografias, exames para verificar risco cirúrgico, entre outros. Segundo funcionários que trabalham no setor da oncologia, na Secretaria Municipal de Saúde, muitos usuários se cadastram como moradores de Montes Claros. No entanto, quando são procurados para serem informados sobre seu tratamento, descobre-se que não moram no domicílio informado, que pertence geralmente a parentes ou amigos. Esse 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.

As orientações do PDR/MG propõem uma acessibilidade geográfica e viária do município de origem até o município-polo de até 150 km em estrada de asfalto e até 2 horas em condições viárias deficientes como distância máxima a ser percorrida para não comprometer o estado de saúde do usuário. Os estudos realizados para chegar a esse consenso apontam que tais distâncias oferecem menos riscos à popula-

ção acometida e permitem uma melhor organização das redes de atenção, com 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).

A acessibilidade geográfica a uma unidade de saúde, outra dimensão do acesso, é considerada por Santana (2014) como a base para utilizar os 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” (p. 106-107). Todavia, a autora assegura que o acesso não depende somente da localização, mas da capacidade de ultrapassar as barreiras entre o usuário e os serviços, o que depende ainda da capacidade de vencer as distâncias. Assim,

a dimensão da área de influência de uma unidade de saúde e as distâncias a percorrer pelos seus utilizadores variam em função da complexidade dos cuidados prestados: os de uso mais frequente (cuidados de saúde primários) e de caráter trivial devem estar disponíveis próximo da residência dos utilizadores; em sentido oposto, a eficiência e a qualidade na prestação de cuidados especializados (em recursos humanos e técnicos) impõem a concentração dos serviços, podendo implicar deslocações mais longas (Santana, 2014, p. 107).

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 os 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.

Na RAS Norte, 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 de Juvenília, 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 possível somente com balsas, como ocorre entre os municípios de Manga e Matias Cardoso (Magalhães, 2013). Muitos doentes atendidos em Montes Claros utilizam o transporte do Consórcio Intermunicipal de Saúde, como pode ser visualizado na Figura 4.

Figura 4 – Ônibus dos consórcios intermunicipais de saúde



Foto: Mônica Oliveira Alves, julho de 2015

Observa-se a grande quantidade de ônibus do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Minas Gerais que ficam estacionados na rua Cel. Luiz Pires, nas imediações do Hospital Santa Casa de Montes Claros. Esses ônibus transportam usuários de outros municípios que procuram os serviços de saúde na cidade.

Muitos desses usuários, doentes de câncer em geral, e câncer de mama, em particular, retornam aos seus municípios de origem no mesmo dia em que recebem a medicação, enfrentando a debilidade causada pela doença e as reações oriundas do tratamento, além das dificuldades de acessibilidade encontradas no seu percurso. Essas dificuldades são evidenciadas pelas grandes distâncias, péssimas condições das estradas - poeira, altas temperaturas, travessias de balsa, muitas não têm pavimentação, além do cenário de pobreza visível em vários trajetos da região (Magalhães, 2013).

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 eles não retornam às suas residências no mesmo dia, encontram dificuldades financeiras para se manter 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.

Diante do exposto, é possível afirmar que a regionalização da saúde em Minas Gerais é um processo ainda em construção, que deve ser revisto constantemente, a fim de atingir uma gestão plena e eficiente dos serviços de saúde. Assim, poderá garantir o acesso das pessoas afetadas por doenças, principalmente as potencialmente letais, como é o caso do câncer, a esses serviços.

Considerações finais

Para o bom desempenho das políticas públicas de saúde, foi adotado no Brasil um modelo de regionalização desse setor, que consiste em uma estratégia para o planejamento adequado da oferta e distribuição dos serviços de saúde. O PDR é um

instrumento de fundamental importância para gestar e direcionar a descentralização desses serviços, promovendo maior e mais adequado acesso dos usuários no âmbito das regiões. No Brasil, diversas dificuldades podem ser encontradas ao se implantar o PDR, uma vez que, seja qual for a escala de análise, as regiões do país apresentam desigualdades entre si e em seu interior. É o caso de Minas Gerais, que tem uma grande extensão territorial, e suas regiões diferem tanto em distribuição populacional quanto em aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, e é claro, na oferta de serviços de saúde.

O câncer, em todas as suas formas de manifestação, é uma doença potencialmente fatal que vem ganhando destaque nos debates relacionados à saúde por todo o mundo. Seu tratamento envolve procedimentos que utilizam fortes medicamentos, como a quimioterapia, que pode causar diversas reações no organismo, como náuseas, dores e vômitos. A doença é considerada um problema de saúde pública, devido ao caráter epidêmico com que tem se apresentado. Na RAS Norte, a população atingida pelo câncer de mama enfrenta 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. Muitos desses usuários precisam retornar aos seus municípios no mesmo dia em que recebem a medicação, sem condições físicas para enfrentar percursos muito longos, em decorrência da doença e dos fortes medicamentos utilizados.

O acesso ao tratamento oncológico no norte de Minas apresenta 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 realizar os exames diagnósticos e de tratamento, como as biópsias, cirurgias, terapias químicas e terapias por radiação.

Há também a necessidade de melhorar o acesso das mulheres ao diagnóstico precoce do câncer de mama, capacitando 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; solicitarem exames de rastreamento mamográfico nas mulheres que compõem o grupo de risco 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.

Nesse sentido, é de grande importância o fortalecimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Não se pode negar que o conhecimento da população acerca das formas de 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 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 econômica e socialmente.

Daí decorre a necessidade de estender essas ações a toda a região, através de visitas técnicas, palestras, reuniões com as mulheres que estiverem em idade de risco de desenvolver a doença, eventos locais, propagandas sobre o câncer de mama nas mídias televisivas, entre outras. Tudo isso pode ser feito com parcerias intersetoriais, envolvendo universidades, prefeituras, empresas privadas, entidades filantrópicas, agentes de saúde, enfim, a população em geral, na tentativa de 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 diagnosticado e tratado precocemente.

Assim, torna-se necessário reavaliar e reestruturar constantemente o PDR/MG, bem como estudos mais abrangentes das condições de acesso e acessibilidade dos usuários de câncer aos serviços de saúde na região, para garantir uma oferta equitativa

e eficiente desses serviços. Destaca-se aqui as importantes contribuições que a geografia da saúde tem atribuído aos estudos do processo saúde/doença, principalmente quando associadas à utilização de ferramentas do SIG, pois assim podem subsidiar as tomadas de decisão dos órgãos públicos no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde mais eficazes no combate a doenças potencialmente letais, como o câncer.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/57ldo>>. Acesso em: 25 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade. 2010. *Nota Informativa. Política Nacional de Atenção Oncológica*. Salvador, 9 de novembro de 2010. Disponível em: <<http://bit.ly/2lUrZVY>>. Acesso em: 9 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/bOoocv>>. Acesso em: 27 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário oficial [da] União*, Brasília, DF, 16 maio 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/ANADz4>>. Acesso em: 6 maio 2015.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 22 jan. 2016.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estados: estimativa da população 2014*. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/aBwFMd>>. Acesso em: 12 maio 2015.
- INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2013/apresentacao-estimativa-2014.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2015.
- INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/odJfKk>>. Acesso em: 1 mar. 2016.
- MAGALHÃES, S. C. M. *Fatores determinantes da ocorrência de tuberculose no norte de Minas Gerais*. 228 p. 2013. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização*. Belo Horizonte: SER/MG, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/iUiQi2>>. Acesso em: 25 abr. 2015.
- MINAS GERAIS. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219, de 21 de agosto de 2012*. Institui as regiões de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/2kgF3i>>. Acesso em: 25 abr. 2015.
- OLIVEIRA, E. X. G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/13.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2015.
- PEREIRA, A. M. *Cidade média e região: o significado de Montes Claros no norte de Minas Gerais*. 351 p. 2007. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.
- PEREIRA, A. M.; SOARES, B. R. Montes Claros e sua região: novas espacialidades, velhos problemas. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10., 2005, São Paulo. *Anais...*

São Paulo: Observatório Geográfico de América Latina, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/ms7Ho9>>. Acesso em: 20 maio 2016.

PETERS, S. H. *Avaliação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e o câncer de mama - dificuldade no acesso: do diagnóstico ao tratamento oncológico.* 121 p. 2013. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais da Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2013.

PORTO, M. A. T.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. C. F. Aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-330, 2013.

RÊGO, I. K. P.; NERY, I. S. Acesso e adesão ao tratamento de mulheres com câncer de mama

assistidas em um hospital de oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 379-390, 2013.

SANTANA, P. *Introdução à geografia da saúde: território, saúde e bem-estar.* Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

SILVEIRA, Y. M. S. C. A regionalização da saúde no estado de Minas Gerais e o papel de Montes Claros nesse contexto. In: RAMIREZ, J. C. L. (Org.). *Dinâmica socioespacial e saúde coletiva em cidades de Minas Gerais.* Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013. p. 165-191.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

Contribuição dos autores

Magalhães e Alves foram responsáveis pela concepção do estudo. Alves e Coelho realizaram a análise dos dados. Todas as autoras contribuíram para a redação do artigo.

Recebido: 04/03/2016

Reapresentado: 31/01/2017

Aprovado: 10/02/2017