

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

A GEOGRAFIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA
MICRORREGIÃO DE PIRAPORA

MONTES CLAROS, 2017

EMERSON VINICIUS FERREIRA MACIEL

**A GEOGRAFIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA
MICRORREGIÃO DE PIRAPORA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Montes Claros, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Geografia.

Área de Concentração: Dinâmica e Análise Espacial

Linha de Pesquisa: Território, Cultura e Meio Ambiente

Orientador: Prof^a. Dr^a. Sandra Célia Muniz Magalhães

Montes Claros, 2017

M152g Maciel, Emerson Vinícius Ferreira.
A geografia do câncer de próstata na microrregião de Pirapora [manuscrito] /
Emerson Vinícius Ferreira Maciel. – Montes Claros, 2017.
149 f. : il.

Bibliografia: f. 127-136.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -
Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Geografia/PPGEO, 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Célia Muniz Magalhães.

1. Estudos em saúde. 2. Câncer de próstata. 3. Microrregião de Pirapora (MG).
I. Magalhães, Sandra Célia Muniz. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III.
Título.

EMERSON VINICIUS FERREIRA MACIEL

CÂNCER DE PRÓSTATA NA MICRORREGIÃO DE PIRAPORA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Montes Claros, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Geografia.

Área de Concentração: Dinâmica e Análise Espacial

Linha de Pesquisa: Território, Cultura e Meio Ambiente

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr^a Maria Araci Magalhães

Prof. Dr. Marcos Esdras Leite

MONTES CLAROS, 2017

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a minha mãe, bem como a todos os meus familiares que perderam suas vidas para o câncer. Dedico essa pesquisa também a todos os pacientes que estão lutando contra a doença, em especial a todos os homens com neoplasia de próstata e os profissionais de saúde de cada município que aceitaram participar desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

De forma especial, agradeço:

A Deus e a Nossa Senhora, por ter me permitido chegar até aqui.

A minha mãe, pelo carinho, incentivo e apoio de sempre.

Aos meus familiares: meus irmãos Edson e Edney, as minhas madrinhas Dalva e Fernanda e meu padrinho Joaquim, aos meus tios e primas.

A minha amiga Rosângela por todo o carinho, companheirismo e amizade.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, em especial: Maria, Ramony, Franciele, Lérica, Silviane e Willer.

A minha orientadora, Professora Doutora Sandra Célia Muniz Magalhães, pela confiança depositada em mim e por todas as contribuições, amizade e ensinamentos.

Aos Professores Doutores Maria Araci Magalhães e Marcos Esdras Leite, por aceitarem contribuir com este trabalho como membros da banca de qualificação.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais – FAPEMIG, pelo apoio financeiro.

A todos os professores do curso Mestrado em Geografia da Unimontes, em especial a Sandra Célia Muniz Magalhães, Maria das Graças Campolina Cunha, Marcos Esdras Leite e Anete Marília Pereira. Aprendi muito com todos vocês.

A toda a equipe de funcionários da Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho e Irmandade Nossa Senhora das Mercês, obrigado pelo carinho, apoio e paciência.

O geógrafo deve se colocar na perspectiva de um observador privilegiado, capaz de interpretar. Ele dispõe, com efeito, de elementos que o tornam mais acessível à compreensão da atividade humana, notadamente daquela que se exerce espacialmente.

(COSTA, 2007)

RESUMO

As neoplasias estão entre as principais enfermidades que assolam a população mundial. Por isso, entender e estudar essa doença se faz necessário. Contudo, este estudo não deve ser exclusivo das ciências biológicas e da saúde; a interdisciplinaridade nos estudos em saúde e também no tocante as neoplasias tem fornecido valiosas contribuições para o entendimento e compreensão desta doença. No Brasil, o câncer de próstata é a principal causa de morte em homens provavelmente porque o diagnóstico ainda é realizado tardiamente. Esse quadro se agrava quando se trata de regiões com baixos indicadores sociais e desigualdades em saúde, pois estes elementos se constituem como barreiras no acesso dos pacientes aos serviços de saúde, como acontece na microrregião de Pirapora. Neste contexto, o presente estudo buscou compreender a dinâmica do câncer de próstata na microrregião de Pirapora entre os anos de 2004 a 2014, verificando as condições de acesso da população afetada pela doença aos serviços de saúde. O caminho metodológico consistiu de pesquisa bibliográfica e documental, mapeamentos, registros iconográficos, visitas técnicas nas unidades de assistência oncológica da região para coleta de dados, trabalhos de campo nos municípios que compõem a microrregião de estudo para observação *in loco* e aplicação de questionários aos homens em tratamento contra o câncer de próstata. Os resultados obtidos mostram que o município que apresentou a maior ocorrência e incidência da doença entre os anos de 2004 a 2014 foi Pirapora. Foi possível observar a existência de um aumento nos registros dos casos novos de câncer de próstata na microrregião de Pirapora para o período analisado e que a faixa etária predominante envolve homens acima dos 50 anos de idade. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, nota-se que os baixos indicadores socioeconômicos e os grandes trajetos percorridos pelos pacientes em busca de tratamento, associado à escassez de informação, têm contribuído para agravar o quadro da doença na microrregião. Apesar da existência de políticas públicas voltadas para o controle, prevenção e diagnóstico da doença no Brasil, estas são ineficientes, havendo assim, a necessidade de rever essas políticas e ampliar a sua atuação no país. O câncer de próstata é uma “doença silenciosa” e que na maioria dos casos só é descoberta em estádios avançados, dificultando assim o tratamento e, conseqüentemente, a cura. Isso ratifica porque é a doença que mais mata homens no mundo.

Palavras-chave: Estudos em saúde. Câncer de próstata. Microrregião de Pirapora.

ABSTRACT

Neoplasias are among the main diseases that afflict the world population. Therefore, understanding and studying such disease is necessary. However, this study should not have exclusive basis of biological and health sciences; interdisciplinarity in health studies and also regarding neoplasias have been providing valuable contributions to the understanding and comprehension of this disease. In Brazil, prostate cancer is the leading cause of death in men probably due to the diagnosis is still made late. This situation is aggravated when it comes to regions with low social indicators and health inequalities, since these elements constitute barriers to the patients' access to health services, as it happens in Pirapora microregion. In this context, the present study sought to understand the dynamics of prostate cancer in Pirapora microregion between the years 2004 and 2014, verifying the access conditions of population affected by the disease to the health services. The methodological path consisted of bibliographical and documentary research, mappings, iconographic records, and technical visits to the oncology care units of region for data collection, fieldwork in the municipalities that constitute the microregion aimed by the study for observation *in loco* and application of questionnaires to men in treatment against prostate cancer. The results obtained have shown that the municipality that presented the highest occurrence and incidence of the disease between the years 2004 to 2014 was Pirapora. It was possible to observe an increase in the records of new cases of prostate cancer in Pirapora microregion within the analyzed period and that the predominant age group embraces men over 50 years of age. Regarding access to health services, it is noted that low socioeconomic indicators and the long journeys taken by patients in search of treatment, coupled with the scarcity of information, have contributed to aggravate the disease situation in the microregion. Despite the existence of public policies aimed at the control, prevention and diagnosis of the disease in Brazil, these actions are inefficient, and there is a need to review these policies and expand their performance in the country. Prostate cancer is a "silent disease" that in most cases is only discovered in advanced stages, making it difficult to treat and therefore cure. This ratifies why the disease is the one that kills the most men in the world.

Keywords: Health studies. Prostate cancer. Microregion of Pirapora.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01:	Roteiro dos trabalhos de campo.....	22
Figura 02:	Cartazes educativos da campanha contra o câncer na década de 1940	66
Figura 03:	Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária	81
Figura 04:	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes no Brasil estimados para 2016 por sexo, exceto pele não melanoma.....	82
Figura 05:	Localização da microrregião de Pirapora.....	84
Figura 06:	Ocorrência de casos novos de câncer de próstata na microrregião de Pirapora- 2004 a 2014.....	93
Figura 07:	Taxa de incidência do câncer de próstata, por 100 homens, na microrregião de Pirapora – 2004 a 2014.....	95
Figura 08:	Centro de Especialidades Médicas – CEM Pirapora e a Fundação Hospitalar Dr. Moisés Magalhães Freire	99
Figura 09:	Fluxo de atendimento à população masculina na microrregião de Pirapora	100
Figura 10:	Centro de Especialidades Médicas- CEM Buritizeiro e Unidade Básica de Saúde localizada no mesmo município.....	101
Figura 11:	Fluxo de atendimento à população masculina no município de Buritizeiro...	102
Figura 12:	Unidade Básica de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do município de Várzea da Palma.....	103
Figura 13:	Unidade Básica de Saúde e Centro de Saúde no município de Lassance.....	104
Figura 14:	Unidade Básica de Saúde no município de Ponto Chique.....	106
Figura 15:	Unidade Básica de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde no município de Ibiaí.....	107
Figura 16:	Secretaria Municipal de Saúde e Unidade Básica de Saúde no município de Santa Fé de Minas	108
Figura 17:	Travessia de balsa no município de São Romão.....	112
Figura 18:	Fachada das unidades de atendimento oncológico em Montes Claros/MG...	118

LISTA DE QUADROS

Tabela 01: Trajetória dos principais Eventos em Geografia da Saúde no Brasil, 2005 – 2015.....	72
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Trajetória dos principais Eventos em Geografia da Saúde no Brasil, 2005 – 2015.....	39
Tabela 02: População Urbana e rural dos municípios da microrregião de Pirapora – 2010.....	86
Tabela 03: Percentual de domicílios com esgotamento sanitário adequado na microrregião de Pirapora – 2009.....	88
Tabela 04: Percentual da população em domicílios com água encanada e coleta de lixo na microrregião de Pirapora -2010.....	88
Tabela 05: Ocorrência de câncer de próstata por faixa – 2004 a 2014.....	96
Tabela 06: Registros de casos de câncer próstata na microrregião de Pirapora de 2004 a 2014	97
Tabela 07: Municípios da microrregião de Pirapora – IDHM , Renda	115
Tabela 08: Municípios da microrregião de Pirapora – IDHM Educação, 2010.....	118

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico – 01	População residente na microrregião de Pirapora por município - 2010.....	85
Gráfico – 02	Número de estabelecimentos de saúde que atendem pelo SUS na microrregião de Pirapora – 2010.....	86
Gráfico – 03	Taxa de analfabetismo dos municípios que integram a microrregião de Pirapora (2010).....	90
Gráfico – 04	Esperança de Vida ao nascer dos municípios que integram a microrregião de Pirapora.....	91
Gráfico – 05	População masculina a partir dos 50 anos de idade em 2014.....	94
Gráfico – 06	Faixa etária dos usuários que aceitaram participar da pesquisa.....	97
Gráfico – 07	Taxa de envelhecimento por município na microrregião de Pirapora nos anos de 1991, 2000 e 2010.....	98
Gráfico – 08	Tipo de transporte utilizado para acesso à saúde.....	112
Gráfico – 09	IDHM dos municípios da microrregião de Pirapora.....	114
Gráfico – 10	Renda per capita da família de usuários participantes da pesquisa.....	116
Gráfico – 11	Nível de escolaridade dos usuários participantes da pesquisa.....	119
Gráfico – 12	Principal forma de acesso à informação dos usuários participantes da pesquisa.....	120

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIS	Ações Integradas de Saúde
CACONs	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CISMESF	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
ConsInca	Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DNC	Divisão Nacional de Câncer
DNDCD	Divisão Nacional de Doenças Crônico Degenerativas
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EJA	Programa Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIEMG	Federação das Indústrias de Minas Gerais
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano e Municipal
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INPS	Instituto de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAGEOMEPS	Laboratório de Geografia Médica e de Promoção da Saúde

LDO	Leis de Diretrizes Orçamentárias
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PDR	Plano de regionalização em Saúde de Minas Gerais
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNCC	Plano Nacional de Combate ao Câncer
PNPCC	Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPI	Programa de Parceria e Investimentos
ProOnc	Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer
PSA	Antígeno Prostático Específico
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SNEPS	Secretaria Nacional de Programas Especiais
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Serviço

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Uma abordagem sobre o câncer.....	16
1.2 Justificativa.....	17
1.3 Objetivos.....	19
1.3.1 Objetivo Geral.....	19
1.3.2 Objetivos Específicos.....	19
1.4 Procedimentos Metodológicos.....	20
1.5 Estrutura.....	24
2 GEOGRAFIA DA SAÚDE, TERRITÓRIO E ESPAÇO: apontamentos teóricos.....	26
2.1 Da Geografia Médica à Geografia da Saúde: um longo caminho.....	26
2.2 Os estudos em Geografia da Saúde na Idade Contemporânea.....	31
2.3 Os estudos em Geografia da Saúde no Brasil.....	36
2.4 Espaço, Geografia da Saúde e Epidemiologia.....	39
2.5 Do Território ao Território da Saúde.....	45
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL.....	52
3.1 O papel do Estado nas Políticas Públicas de Saúde	52
3.2 Antecedentes históricos da criação do Sistema Único de Saúde – SUS e a consolidação do câncer na saúde pública brasileira.....	59
3.3 O surgimento das políticas públicas voltadas para o combate ao câncer no país e a Política Nacional de Controle do Câncer de Próstata.....	78
3.4 Olhar sobre a microrregião de Pirapora.....	83
4 A GEOGRAFIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA MICRORREGIÃO DE PIRAPORA.....	93
4.1 Espacialização dos casos de câncer de próstata na microrregião de Pirapora.....	93
4.2 O espaço da saúde nos municípios da microrregião de Pirapora e o atendimento à população masculina.....	100
4.3 O acesso dos pacientes em tratamento de câncer de próstata na microrregião de Pirapora.....	111
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS.....	128

1. INTRODUÇÃO

O homem sempre esteve susceptível a inúmeras doenças. Na Idade Média eram tidas como castigos divinos, contudo, com a passagem dos séculos esta abordagem foi mudando junto com o aprimoramento das técnicas, ciência e da incorporação de saberes das mais diferentes áreas científicas como a médica, biomédica e geográfica. Todos estes saberes interdisciplinares objetivavam a compreensão das enfermidades que atingiram a sociedade em suas diferentes épocas. Entretanto, foi a correspondência entre estas doenças e o meio ambiente que resultaram na aproximação do conhecimento geográfico aos estudos relacionados a saúde, surgindo assim a Geografia Médica. Contudo, desde a Antiguidade, aproximadamente 480 a.C, o filósofo grego Hipócrates já havia ressaltado na obra “Ares, águas e lugares” a importância do meio ambiente saudável e preservado como requisito fundamental à qualidade de vida e saúde. Todavia, o processo de evolução da civilização humana imprimiu mudanças no ambiente através da modernização crescente das técnicas e da ciência (GUIMARÃES, PICKENHAYN e LIMA, 2014).

As alterações realizadas pelo homem no meio ambiente transformaram o espaço onde residem e produzem, se tornando assim, lugares com grandes impactos ambientais e susceptíveis à proliferação de doenças causadas pelas mais diversas formas de poluição como a do ar, solo e da água. O aumento no consumo de bens materiais pela população e a consequente necessidade de incremento da produção fizeram com que houvesse aumento na retirada dos recursos naturais, dificultando assim o processo de reconstituição da natureza proveniente desta extração. Neste sentido entende-se o espaço geográfico como aquele (re)construído pelo homem numa relação sociedade – espaço ou homem/meio. Como ressaltam Santos (2006, p.63): “O espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá.” Este mesmo autor ainda acrescenta que a principal relação entre o ser humano e o espaço ocorre através da técnica. O espaço então é constituído pelo meio natural e o meio técnico-científico-informacional.

Todos os impactos provocados pela ação do homem possibilitaram o surgimento e reemergência de várias enfermidades que no passado foram controladas. Fato que chamou a atenção de pesquisadores, inclusive geógrafos, para a necessidade de desenvolver estudos

voltados à compreensão da espacialização e distribuição geográfica das doenças. Tais concepções conduziram a Organização Mundial de Saúde – OMS principalmente o Sistema de Vigilância em Saúde, a formular nova área de trabalho da Saúde Pública, denominada Saúde Ambiental. Esta nova área preocupa-se com as formas de vida, substâncias e fatores que podem influenciar a saúde e bem estar das pessoas. Além disso, objetiva estruturar o sistema de Vigilância em Saúde, assegurando prevenir e monitorar os possíveis efeitos causados pelo ambiente à saúde humana; atingir estes é necessário uma sistemática coleta e análise dos dados para posteriormente construir indicadores.

1.1 Uma abordagem sobre o câncer

Dentre as inúmeras enfermidades resultantes de práticas não saudáveis são destacadas as neoplasias. A temática do câncer tem se sobressaído em âmbito mundial por figurar na lista dos grandes problemas de saúde pública. Isto se deve ao elevado número de casos registrados, aliado a um reconhecimento tardio da doença e às várias formas com que estas se apresentam o que faz que esta doença esteja cada vez mais presente nas discussões afins. Inúmeros são os elementos que estão relacionados à manifestação do câncer no ser humano; dentre estes podemos apontar aqueles relacionados ao meio externo como o meio ambiente e as práticas socioculturais além das causas internas que envolvem os problemas genéticos, que estão relacionados a incapacidade do indivíduo de se proteger das ofensivas externas (ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2014). Como salienta Seuáñez (2009, p.9) embora:

[...] a maioria das neoplasias seja resultado de interações complexas entre o componente genético do indivíduo e o ambiente, um percentual de casos decorre principalmente de alterações herdadas que conferem uma maior predisposição ao desenvolvimento de tumores.

No caso do Brasil, apesar da grande incidência de casos de câncer hereditário, há muitos entraves que dificultam o avanço dos estudos nesta área; o principal deles consiste na ineficiência das políticas públicas que objetivam a detecção, orientação e acompanhamento dos casos (BRASIL, 2015). Como salienta Seuáñez (2009, p.9) uma das maneiras de reduzir o número de óbitos por câncer está na localização das pessoas que já tiveram na família casos da doença: “A identificação de indivíduos em risco para câncer hereditário é importante por várias razões. Primeiro, porque indivíduos afetados apresentam risco cumulativo vital, muito superior ao da população, para o desenvolvimento de outros tumores primários”. Neste

sentido, se houvesse programas mais eficazes no reconhecimento das neoplasias hereditárias haveria melhor desempenho no tratamento da doença.

Outros fatores também devem ser considerados, como o uso excessivo de bebidas alcoólicas e do cigarro, hábitos alimentares não saudáveis, exposição excessiva a poluentes e ao sol e o uso exagerado de medicamentos e sem prescrição médica, são elementos significativos para o desenvolvimento das neoplasias malignas num corpo humano saudável. Estes elementos, tanto internos como externos, atuam concomitantemente ou em sequência para iniciar ou favorecer o desenvolvimento do câncer (ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2014).

Os cânceres provenientes de hábitos prejudiciais à saúde, tais como o uso do cigarro e bebidas alcoólicas, são passíveis de prevenção desde que ocorram mudanças de hábitos. As neoplasias que têm sua origem associada a agentes infecciosos, como o vírus da imunodeficiência humana – HIV podem ser evitadas mediante mudanças de hábitos, antibióticos ou vacinas, assim como o câncer de boca no qual a maioria dos casos está associada ao tabagismo.

O câncer de próstata vem se destacando como um dos tipos de câncer mais recorrente mundialmente. A próstata é uma glândula exócrina pertencente ao sistema genital masculino; é neste órgão também que passa o canal da urina. O seu formato se assemelha a forma de uma maçã. Este órgão está situado logo abaixo da bexiga e à frente do reto e envolve a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. A próstata também produz uma parcela do sêmen que é liberado durante as relações sexuais (INCA, 2012).

Estatística publicada pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012) tem colocado o câncer de próstata como o segundo tipo de câncer que mais acometeu os homens com cerca de 1,1 milhão de novos casos no mundo em 2012. Quanto a Minas Gerais os números apontam uma crescente nos casos de câncer de próstata; em 2012 foram registrados 6.820 casos. No ano de 2013, 53.280 novos casos e 16.830 óbitos de câncer compreendendo taxas de 284 casos novos por 100 mil homens e 232 casos novos por 100 mil mulheres para todas as neoplasias. Entre os homens a maior incidência é do câncer de próstata e nas mulheres o câncer de mama (MINAS GERAIS, 2013).

Estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA aponta para a ocorrência de 61.200 casos de câncer de próstata no ano de 2016 no Brasil, sendo o segundo tipo de

neoplasia que mais acomete o sexo masculino perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2016).

Entre os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da neoplasia de próstata, o único realmente bem estabelecido é a idade, haja vista que 75% dos casos estão associados a homens que já ultrapassaram os 65 anos. Outros fatores também mencionados pelos pesquisadores envolvem a etnia, o histórico familiar da doença, a dieta e a obesidade (BRASIL, 2014).

A evolução desta neoplasia é relativa, cuja variabilidade nem sempre pode ser determinada, pois há casos que evoluem de forma rápida, enquanto que outros ficam por um longo período “adormecidos”, não chegando a se manifestar ou causar danos ao portador.

Nesse contexto, alguns questionamentos devem ser levantados: como se distribui os casos de câncer de próstata na microrregião de Pirapora? Qual o município de maior ocorrência e incidência do câncer de próstata na microrregião? Existem programas de humanização voltados para o câncer de próstata na microrregião de estudo? Se existem, estes programas estão atingindo o objetivo de sensibilizar a população sobre a doença e a importância da prevenção?

1.2 Justificativa

No Brasil, o aumento do número de casos registrados da neoplasia maligna de próstata pode não estar ligado ao aumento de casos da doença, mas, a fatores como a melhoria nos procedimentos de diagnóstico, melhoria também na informação transmitida nos veículos de comunicação que ajudam a alertar a população sobre os riscos da doença e o aumento da expectativa de vida da população, pois a maioria dos casos é detectada a partir dos 65 anos (BRASIL, 2014).

Entretanto em regiões que apresentam carências diversas como é o caso do Norte de Minas Gerais vários entraves dificultam o diagnóstico precoce da doença. Dentre as maiores barreiras para a detecção do câncer de próstata está a resistência por parte do homem em realizar os procedimentos de prevenção que consiste na realização do exame de sangue Antígeno Prostático Específico – PSA e o toque retal, que devem ser analisados em conjunto, principalmente aqueles pacientes que têm um histórico na família. O diagnóstico precoce é de

fundamental importância para que sejam tomadas as medidas cabíveis quanto ao tratamento e possível cura do câncer. Neste sentido, é necessário que ocorram campanhas mais eficazes alertando sobre a necessidade de fazer o exame de prevenção, pois diante de um diagnóstico precoce as chances do tratamento e cura são relativamente altas. Ressalta-se que a realização de exames precisos e a informação que tem sido cada vez mais veiculada sobre a enfermidade, vai influenciar no aumento da realização dos testes de detecção da enfermidade (BRASIL, 2014).

Assim, o presente estudo se justifica uma vez que há carência de pesquisas sobre a temática, bem como da inexistência de banco de dados sobre a doença. Além disso, este estudo poderá contribuir com as políticas públicas de saúde no conhecimento dos municípios da microrregião de Pirapora de maior incidência do câncer de próstata, além dos principais obstáculos encontrados pelos doentes ao procurarem aos serviços de saúde na região.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender a dinâmica do câncer de próstata na microrregião de Saúde de Pirapora entre os anos de 2004 à 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✚ Analisar as políticas públicas de saúde voltadas para o tratamento do câncer de próstata, analisando as ações e programas de humanização voltados para a doença na microrregião;
- ✚ Verificar as condições de acesso da população afetada pelo câncer de próstata aos serviços de saúde na microrregião em estudo;
- ✚ Relacionar as barreiras de acesso aos serviços de saúde com o agravamento do câncer de próstata na microrregião de Pirapora/MG.

1.4 Procedimentos Metodológicos

O local selecionado para o estudo foi a microrregião de Pirapora 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 regionalização foi proposta pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e dividiu os 853 municípios mineiros, em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde.

Inicialmente foi realizado levantamento bibliográfico e documental através de livros, periódicos, relatórios técnicos, revistas especializadas, entre outros, acerca da temática estudada, de modo a embasar teoricamente o estudo. Os principais autores que deram suporte a essa pesquisa são Santos (2006), Guimarães (2014), Pickenhayn (2014), Lima (2014), Pessôa (1978), Monken (2008), Peiter (2008), Barcellos (2008), Rojas (2008) Navarro (2008), Gracie (2008) e Santana (2014). Instituições como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, Ministério da Saúde e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA foram fundamentais para a caracterização da área de estudo.

Posteriormente foi realizada coleta de dados entre os meses de junho a outubro de 2016, diretamente no Registro Hospitalar de Câncer – RHC nos dois hospitais referência para o tratamento da doença na microrregião, a saber, Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho e Irmandade Nossa Senhora da Mercês de Montes Claros. Foram coletados todos os casos novos de câncer de próstata notificados nas instituições hospitalares referência e que prestam atendimento ao usuário com câncer registrado no período de 2004 a 2014 atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Além dos casos novos, também foram coletados outras variáveis como idade e ano de início do tratamento.

Os registros no RHC são realizados mediante os prontuários dos pacientes acometidos pela neoplasia de próstata e que procuram por tratamento nessas unidades hospitalares. O câncer de próstata é classificado como C61.9, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10.

Os dados coletados serão submetidos a cálculos estatísticos específicos para se obter a incidência do câncer de próstata na microrregião de estudo, conforme a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de incidência} = \frac{n^{\circ} \text{ de casos por município} \times 100}{\text{média da pop. de risco por município}}$$

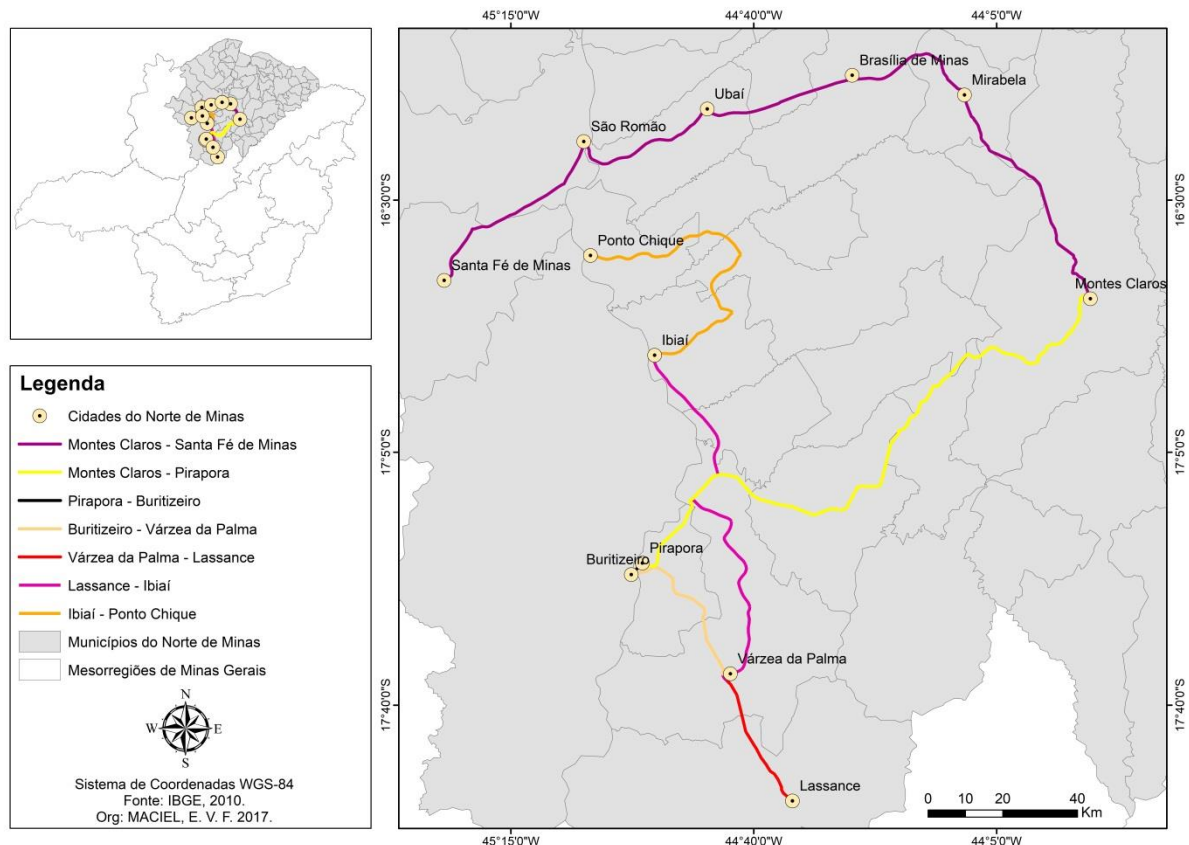
O cálculo de incidência foi executado por município, tendo como base o número total de casos novos registrados, no período de tempo considerado nesse estudo, multiplicado por 100, e após dividido pela média da população considerada de risco, para o período em análise. O Instituto Nacional do Câncer não recomenda o rastreamento do câncer de próstata, sendo os próprios usuários homens que espontaneamente solicitam a realização dos exames de rastreamento, sendo informados sobre os possíveis benefícios da prática e também os riscos.

Durante o 34º Congresso Brasileiro de Urologia (2013) realizado na cidade de Natal, Estado Rio Grande do Norte, a Sociedade Brasileira de Urologia atualiza as indicações sobre a idade para diagnóstico precoce do câncer de próstata: sendo 45 anos para homens com casos da doença na família ou negros e 50 anos para os demais. Anteriormente, a recomendação era de, respectivamente, 40 e 45 anos. Conforme os especialistas, a mudança na idade mínima foi realizada porque há um excesso de diagnósticos da doença que não se desenvolveriam de forma agressiva, são os denominados cânceres indolentes. Esse tipo de câncer se desenvolve lentamente e não se torna invasivo, pois não afeta outras partes do corpo, somente a próstata. Contudo, os médicos ainda não têm como diagnosticar com certeza se o câncer será agressivo. Por isso, foram estabelecidos critérios para definir qual seria o câncer indolente: nos casos onde a biópsia da próstata apontar no máximo dois fragmentos alterados que estejam menos de 50% comprometidos e o resultado do exame de PSA for inferior do que 10, a suspeita é de que esse será um câncer indolente. Nesses casos, é indicado monitoramento através do PSA a cada três meses e refazer a biópsia a cada dois anos (BRASIL, 2014). Dessa forma, foram considerados como população de risco neste trabalho, os homens com idade acima de 50 anos. Os dados da população de risco, estratificados por faixa etária, sexo e por município, referentes aos anos de 2004 a 2014, foram coletados na plataforma TabNet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Depois de coletados os dados por estrutura etária, foi feito uma média anual para cada município e após tirado uma nova média das médias anuais tiradas anteriormente, tendo assim, a média da população de risco por município no período de 2004 a 2014.

Posteriormente foram elaborados mapas de espacialização dos casos de câncer por município no período da pesquisa, ou seja, de 2004 a 2014. Para o processo de produção dos mapas foi utilizado o software ArcGis 10.2e e a base cartográfica do estado de Minas Gerais disponibilizadas pelo IBGE. Dessa forma, foram elaborados os mapas utilizados no trabalho, como resultado do processamento das informações.

Depois de ter realizado a espacialização dos casos novos registrados de câncer de próstata e ciência da incidência e ocorrência da doença em cada município pertencente a microrregião de Pirapora, foi realizado trabalho de campo para observação *in loco* e análise da infraestrutura das unidades de atendimento ao portador de câncer de próstata e das condições de acesso da população aos serviços de saúde na microrregião. Foram visitados em cada município uma Unidade Básica de Saúde e também a Secretária de Saúde. Os dados obtidos no trabalho de campo foram tabulados e na sequência foram construídos gráficos e tabelas; posteriormente houve a discussão dos resultados. O trajeto dos trabalhos de campo nos municípios da microrregião de Pirapora pode ser visualizado na Figura 01.

Figura 01: Roteiro dos trabalhos de campo



Foram aplicados questionários semiestruturados (Apêndice A) aos portadores da neoplasia de próstata que estavam em tratamento em Montes Claros no mês de Julho 2017 para efeito de análise das condições de acesso aos serviços de saúde e conhecimento das condições socioeconômicas. No questionário foram abordadas questões como ano de diagnóstico, tempo de espera para iniciar o tratamento, escolaridade, renda, condições socioeconômicas, forma de acesso aos serviços de saúde, além de outros fatores identificados no processo de estudo.

A técnica utilizada para selecionar o grupo de homens participantes desta pesquisa foi por conveniência, que conforme Gil (2008, p.94):

Constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado nível de precisão.

O meio para se obter as amostras por conveniência implicou em pontuar uma amostra da população que esteja ao alcance, cujos indivíduos são escolhidos pela disponibilidade, e não devido ao critério estatístico.

A escolha desta técnica de amostragem se deu diante das dificuldades de localizar os pacientes que estavam realizando o tratamento e/ou acompanhamento de câncer de próstata nos sete municípios da microrregião devido a inexistência de um banco de dados atualizado e integrado nos hospitais de referência. Várias foram às tentativas para se estabelecer o quantitativo de pacientes que estavam em tratamento de câncer de próstata nas instituições hospitalares que são referência no momento da pesquisa.

Conforme informações prestadas pelos funcionários responsáveis pelo agendamento das consultas e tratamento dos pacientes portadores de câncer de próstata nos ambulatórios oncológicos dos hospitais de referência, são atendidos todos os pacientes com diagnóstico confirmado para neoplasia de próstata, além dos casos de acompanhamento, necessários para aqueles que finalizaram o tratamento, bem como, de tumores benignos.

Devido a falta de um banco de dados integrado e atualizado não foi possível localizar e quantificar os pacientes que estavam em tratamento no período das entrevistas. A alternativa encontrada foi consultar todas as segundas feiras do mês de julho, mês reservado para a execução das entrevistas, os pacientes que estavam em tratamento na radioterapia e

quimioterapia nos hospitais. Para isso, foi necessário no hospital Dilson Godinho consultar a lista de agendamento dos pacientes em tratamento radioterápico e depois verificar através dos prontuários qual a origem do paciente, pois essa informação não constava no banco de dados. No hospital Nossa Senhora das Mercês o processo foi praticamente o mesmo, contudo não foi necessário consultar os prontuários, pois os enfermeiros se prontificaram a localizar o município de origem dos pacientes.

Sendo assim, as respostas obtidas nos questionários dirigidos aos homens que se encontravam no recinto de oncologia clínica, referentes aos dias e horários compatíveis com as consultas médicas efetuadas no âmbito do SUS, encontravam-se psicológica e fisicamente tranquilos, concordando em participar da pesquisa. É necessário salientar que, entre as várias consequências causadas pelo câncer de próstata, não somente a debilidade física e psicológica devem ser apontadas, há também a questão de diversas outras reações orgânicas que são relatadas pelos pacientes e deve receber atenção e cuidado do pesquisador no momento da abordagem. Foram entrevistados ainda enfermeiros (Apêndice B) e secretários de saúde dos municípios da microrregião de Pirapora.

Mediante cumprimento à Resolução nº. 196/96, do Ministério da Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos no Brasil, este estudo está devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, sob o número 1.074.475 (Anexo A). A pesquisa e levantamento de dados somente teve início após sua aprovação. Durante a realização das entrevistas todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e metodologias adotadas pela pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

1.5 Estrutura

O texto como resultado da pesquisa foi estruturado em três capítulos. O capítulo I apresenta uma revisão bibliográfica sobre a trajetória da Geografia Médica e da Saúde; além de abordagem sobre o conceito de espaço, território e a importância da epidemiologia nos estudos relacionados ao processo saúde-doença. O embasamento teórico deste capítulo consistiu principalmente de autores como Santos (2006), Guimarães (2014), Pickenhayn (2014), Lima (2014), Pessoa (1978), Monken (2008), Peiter (2008), Barcellos (2008), Rojas (2008) Navarro (2008), Gracie (2008), Santana (2014) e Lacaz (1972).

No segundo capítulo foi realizado a caracterização da microrregião de Pirapora; Foi discutido ainda as políticas públicas voltadas para o tratamento do câncer de próstata na microrregião de estudo e os programas de humanização. Deram suporte teórico autores como Pereira (2007), Magalhães (2013), Ouverney (2009), Fleury (2009), Gadelha (2013), Costa (2013), Maldonado (2013), Borges (2013), Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais – PDR/MG (2010) e o Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata realizado em parceria com o Ministério da Saúde, da Secretaria de Assistência à Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (2015).

No capítulo III é discutido e apresentado a espacialização dos casos de câncer de próstata na microrregião de saúde de Pirapora no período de 2004 a 2014. Em princípio, a distribuição foi executada por meio de mapas constando o número de casos ocorridos por ano em cada município. Foram expostos também neste capítulo o resultado das entrevistas feitas à pacientes em tratamento de câncer de próstata na microrregião.

Nas considerações finais foram apontadas as sugestões de melhorias no acesso aos serviços de saúde na microrregião, principalmente referentes ao tratamento de câncer de próstata.

2. GEOGRAFIA DA SAÚDE, TERRITÓRIO E ESPAÇO: APONTAMENTOS TEÓRICOS

Neste capítulo é realizada uma análise do processo histórico da Geografia da Saúde, evolução no tempo e métodos utilizados. Posteriormente, é feita considerações sobre a evolução da Geografia da Saúde no Brasil. Na sequência, são discutidos os conceitos geográficos de Espaço e Território e sua aplicação na Geografia da Saúde. Neste aspecto serão abordados os principais autores que discutem este conceito na Geografia e também na Geografia da Saúde como Andrade (2000), Corrêa (2000), Haesbaert (2006), Moreira (2007), Raffestin (1993) e Santos (1996), traçando um panorama de como estes conceitos são apropriados pelos pesquisadores e abordados nos seus trabalhos.

2.1 Da Geografia Médica à Geografia da Saúde: um longo caminho

Os primeiros relatos de estudos em Geografia Médica começaram na antiguidade atrelada também ao princípio histórico da medicina. Não havia nenhum interesse em investigar as possíveis ligações entre as doenças e o meio ambiente, sendo assim explicadas como ações de agentes sobrenaturais ou por forças mágicas (PESSOA, 1978). Entretanto, na Grécia Antiga emergiu a denominada medicina (pré) científica que, tinha como base a busca pelo entendimento racional das enfermidades. Nesta medicina havia duas concepções básicas: a primeira afirmando que as doenças distintas podiam ter causas e sintomas idênticos e a segunda embasada no prognóstico sendo o ser humano doente o centro da atenção médica (MENDONÇA, ARAÚJO e FOGAÇA, 2014). Foi também nesse período que nasceu o primeiro tratado de Geografia Médica intitulado de *Ares, Águas e Lugares*, escrito pelo filósofo Hipócrates em 480 a.C (LACAZ, 1972; PESSÔA, 1978).

Ao colocar a doença como uma designação divina, testemunho da vontade de Deus sobre os homens, e que somente através da igreja cristã é que se podia adquirir a cura, os avanços no conhecimento tanto sobre o corpo humano quanto sobre as formas para se controlar a dor e as doenças registra um duro golpe. Por séculos as doenças tornaram-se fatos inexplicáveis com os argumentos humanos, e adquiriram em grande proporção, a condição de manifestações divinas sobre a sociedade, na maior parte das vezes um castigo divino que se curava somente com a ação de religiosos. (MENDONÇA, ARAÚJO, FOGAÇA, 2014, p.43)

Na sua obra, Hipócrates já associava o homem com o ambiente onde habita, fornecendo assim as primeiras contribuições sobre a noção higeica¹. Desta abordagem emerge a concepção de higienismo (hygieinós); termo este utilizado para imputar as ações que podiam manter e reparar a saúde. Para ele, aspectos do meio físico, biológico e climático estavam relacionados à saúde das populações; era necessário entender o espaço e o ambiente; não apenas o espaço físico, mas também aquele do cotidiano como o ambiente do trabalho e da moradia (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014).

Neste período (Idade Média) o tratamento das doenças consistia em afastar os doentes da cidade e levá-las para fora num local exilado e afastado. Este mecanismo de exclusão foi a medida adotada pelos medievais para purificar o espaço urbano (FOUCAULT, 1979).

O início da idade moderna, séculos XVI e XVII, é marcado pelas grandes expedições marítimas realizadas pelos europeus em busca de terras, especiarias e pedras preciosas. Com as Grandes Navegações também surgiu a necessidade de conhecer as enfermidades que ocorriam nas terras conquistadas, impulsionando assim, estudos que abordavam estas doenças e as condições de vida destes locais (ANDRADE, 2000; MAGALHÃES, 2013). Houve um aumento no número de dispersão das enfermidades cujo principal fator motivador estava no aumento da quantidade de viagens entre os continentes. Outro aspecto que pode ser levantado corresponde à esporádica falta de alimentos (VAZ; REMOALDO, 2011).

Devido ao aumento no número de doenças na sociedade europeia, os governantes sentiram a necessidade de estabelecer medidas para proteger o continente. Estas medidas envolviam a criação de fóruns e organismos internacionais de cooperação. Entre os objetivos pretendidos estava aquele cuja finalidade era controlar os fluxos populacionais e os produtos oriundos de outros países, pois atrelados com os imigrantes e mercadorias vinham também pequenos animais, insetos e vírus que são os responsáveis pela proliferação das doenças no antigo continente (VAZ; REMOALDO, 2011).

Começaram então a surgir estudos que comparavam as enfermidades presentes em distintos povos. Entretanto, devido à falta de conhecimentos concretos, pois a maioria dos saberes sobre as doenças estava embasada em ideias fantasiosas e míticas, os estudiosos da época

¹Hygeia é a deusa grega da arte e da cura que, carregava consigo, os conhecimentos da restauração do equilíbrio das ações humanas nos ambientes coletivos (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014).

encontravam muitos problemas para desenvolver seus estudos. Diante do exposto neste período, as doenças eram retratadas de forma sintética e os europeus tinham como principal objetivo entender as novas colônias conquistadas e também o continente europeu.

A primeira iniciativa de publicação de uma pesquisa geral sobre a Geografia Médica foi idealizada por Friedrich Hoffmann no ano de 1742. Trata-se de uma dissertação intitulada de “Dissertação sobre Doenças Endêmicas, ou seja, sobre os Transtornos devidos ao Clima, Situações e Métodos Particulares de Vida – Londres, 1746”. Para este estudo ele se embasou no livro de Hipócrates “Ares, Águas e Lugares”, todavia, utiliza de todas as histórias fantasiosas recolhidas nas populações e seus respectivos métodos para o tratamento das patologias (PESSÔA, 1978).

No século XVIII a sociedade europeia vivia, na sua maioria, em situações precárias nas cidades. O ambiente urbano era insalubre com ruas sujas com efluentes escorrendo pelas vias sem nenhuma canalização ou tratamento. A higiene pessoal era precária porque o sabão era caro. Havia também, a ideia de que os perfumes podiam combater os efeitos nocivos dos miasmas. Entretanto somente os mais ricos tinham acesso a estes perfumes, pois o valor para adquirir os mesmos era muito elevado. Além disso, atribuía-se a péssima circulação do ar o motivo do surgimento das enfermidades; por isso muitas obras de engenharia para alargamento das ruas foram realizadas. Os cadáveres eram jogados pelas ruas, tornando assim, o ambiente mais insalubre (FOUCAULT, 1979). Foucault (1979) menciona o denominado “Cemitério dos Inocentes” localizado no centro de Paris no século XVIII. Os cadáveres das pessoas pobres ou que não tinham condições de pagar um túmulo eram jogados e empilhados. O quantitativo de cadáveres era tão elevado que muitos destes caíam do lado de fora do cemitério, causando assim, doenças provenientes desse fato.

Foi nesse ambiente insalubre das cidades europeias que surgiram os fundamentos da doutrina do Higienismo, pois suprimir os odores era a alternativa mais viável. O pensamento higienista é composto de duas concepções: os contagionistas e os anticontagionistas; para os contagionistas, um indivíduo poderia ficar doente através do contato físico com outras pessoas enfermas, por objetos contaminados e pelo ar; e os anticontagionistas, as doenças se propagavam através dos miasmas, pelo processo de infecção (MAGALHÃES, 2013). Os miasmas “[...] podiam ser originados no próprio corpo ou em coisas apodrecidas, e eram

difundidos pelo ar, como também diretamente, de coisa a coisa, de pele a pele” (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014, p.57).

Destes pressupostos surgiram muitas medidas voltadas para a reforma urbana e defesa sanitária como a fundação de cemitérios fora das áreas urbanas, coleta de resíduos sólidos e a drenagem de pântanos (MAGALHÃES, 2013; PESSÔA, 1978). Como destaca Guimarães (2015, p.15): “Neste emergente mundo urbano-industrial, o saneamento urbano era o único “remédio” para o controle dos processos de transmissão das doenças infectocontagiosas, resultando no processo de embelezamento e de melhorias das condições de vida nas cidades”. Foi neste contexto que os médicos começaram a fazer intervenções urbanísticas e obras de saneamento na tentativa de obter resultados contra os problemas sociais, obtendo assim, gestão do espaço social através das estatísticas de saúde, de catálogos de distribuição das moradias, pessoas e enfermidades pelo território (GUIMARÃES, 2014).

Após a difusão das ideias do Higienismo surge a Teoria da Constituição Epidêmica, adotada pelos higienistas neo-hipocráticos. Nesta concepção, as causas das doenças não estavam no indivíduo, mas no ambiente e no ar (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014).

Nasce então, no século XVIII, a denominada Medicina Social que tinha como principal objetivo compreender as enfermidades das populações na relação com o lugar (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001). A medicina social então busca relação entre a saúde e a doença com aspectos ambientais, sendo as causas das doenças originadas no ambiente. Foucault (1979) faz considerações relevantes sobre a Medicina Social. Ele apresenta as três etapas na formação da Medicina Social, a saber: a medicina de Estado que se desenvolveu principalmente na Alemanha no início do século XVIII; a medicina urbana que prosperou na França no final do século XVIII com a origem do fenômeno da urbanização; e a medicina da força de trabalho que se desenvolveu na Inglaterra. Como destaca Foucault (1979, p. 55): “A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização”.

Com o surgimento do absolutismo² e a formação dos Estados Nacionais na Europa, os países sentiram a necessidade de garantir a saúde dos seus cidadãos. Com base neste contexto, Guimarães, Pickenhayn e Lima (2014, p.58-59) inferem que:

Na Alemanha, a construção de um Estado-Nação forte chamava a atenção para a necessidade de indivíduos sadios e de políticas de saúde por meio da polícia médica. O Estado precisava ter o controle completo sobre a condição de saúde da população, por isso, a Medicina se constituiu como parte do aparato estatal e administrativo para acompanhar e intervir sobre os eventos epidêmicos e endêmicos. [...] Na França, essa nova abordagem surge das preocupações burguesas com a higiene urbana, em cidades que estavam sendo unificadas sob uma mesma ordem política, para favorecer a produção e as relações comerciais.

Aproximadamente em 1780 surge o hospital como instrumento terapêutico; anterior a este período o hospital era apenas uma instituição de assistência aos pobres. O local onde estes recebiam seus últimos cuidados e o sacramento da unção dos enfermos; lugar onde as pessoas deveriam morrer (FOUCAULT, 1979).

No ano de 1792 é publicada tratado científico de Geografia da Saúde intitulada de *Ensaio de uma Geografia Geral médico-prática* escrita por Ludwig Fink; esta obra expõe um panorama histórico sobre a ciência curativa dos povos primitivos e Estados (PESSÔA, 1978; MAGALHÃES, 2013). Fink na sua obra deixa evidente sua principal abordagem: a distribuição geográfica das doenças.

As ideias gregas e principalmente de Hipócrates permaneceram na Europa até o século XVIII, sendo Córdoba na Espanha o principal local de dispersão dessas ideias graças a uma biblioteca organizada pelos árabes com inúmeros exemplares das obras dos filósofos gregos como Homero, Aristóteles, Sócrates e Platão. Os estudos hipocráticos eram a principal referência naquela época (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014).

Todavia, após o século XVIII os trabalhos realizados por Hipócrates tiveram pouca compreensão; somente alguns cientistas consideraram os estudos hipocráticos. Neste sentido, podemos salientar que, até o século XVII não houve trabalhos relevantes sobre a Geografia Médica (PESSOA, 1978). Além disso, com a Idade Média houve uma estagnação e retrocesso

²**Denominação** ao sistema político e administrativo que predominou nos países da Europa na época do denominado "Antigo Regime" correspondente ao período entre os séculos XVI e XVIII. Com a implantação deste Regime, na maioria das regiões da Europa acontece o fenômeno da centralização política nas mãos do rei, auxiliado pela classe burguesa.

acerca dos pensamentos já desenvolvidos na Grécia Antiga. Na sequência será abordado os estudos da Geografia Médica após o século XVIII.

2.2 Os estudos em Geografia da Saúde na Idade Contemporânea³

Com o início da Revolução Industrial no século XIX houve um aumento acentuado da população urbana na Europa. Como as cidades não tinham infraestrutura necessária para receber esse grande contingente populacional que migrou das áreas rurais surgiram muitos problemas urbanos e dentre estes podemos elencar o aumento no número de epidemias provocado pela falta de estrutura nas cidades. Além disso, não se pode deixar de mencionar o aumento da poluição ambiental e as precárias habitações e estilo de vida que viviam os trabalhadores das indústrias no início da Era Industrial. Como salienta Vaz & Remoaldo (2011, p.179): “Naquela época, a preocupação financeira de muitos políticos, representantes dessa população, impossibilitou que se aprovassem medidas de higiene pública”. Foi também nesse período que aconteceu o desenvolvimento da microbiologia, tendo como pressupostos, a causa das doenças relacionadas à agente etiológico infeccioso. Andrade (2000, p.152) afirma que:

O meio ambiente deixou de apresentar a importância que vinha assumindo desde os escritos hipocráticos, relegando-se pouco a pouco a um segundo plano a velha tradição que atribuía ao meio físico influência sobre a vida do homem, especificamente nos aspectos da saúde-doença.

A medicina, nessa época, abandonou os pressupostos que consideravam o meio ambiente e voltaram os estudos para o corpo humano, atribuindo a etiologia das doenças à ação exclusiva das bactérias; surge então, a Teoria Bacteriana. Acreditava-se que toda doença tinha sua origem atrelada a um agente biológico podendo ser um vírus ou uma bactéria (MENDONÇA; ARAÚJO; FOGAÇA, 2014). Com a descoberta das bactérias, dos vírus e parasitas pelos pesquisadores Pasteur e Koch, mudanças significativas ocorreram nos conhecimentos médicos e no processo saúde-doença (PEITER, 2005).

Surge então, a concepção de saúde como ausência de doença, em que o corpo humano era visto como máquina. Devido o florescer desta teoria houve uma redução nas publicações sobre a Geografia Médica, pois o principal foco desta, era a ciência biológica (JUNQUEIRA,

³Época da História que tem início em 1789 (começo da Revolução Francesa) e que se estende até os dias atuais.

2009). Este modelo, denominado de biomédico, é “caracterizado pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, esse modelo passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica” (BATISTELLA, 2007, p.53).

Entretanto, as explicações das doenças voltadas exclusivamente pela ação dos microrganismos passaram a não satisfazer os estudos da área da saúde, uma vez que era necessário compreender como os agentes patogênicos infectavam as pessoas, sendo necessário retornar as considerações sobre o meio ambiente nos estudos em saúde. Neste contexto, os trabalhos em Geografia da Saúde passaram a considerar a existência da relação entre o vetor, o patógeno e o ambiente nas questões relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014; MAGALHÃES, 2013).

Por volta de 1866, algumas obras de saneamento básico foram sendo desenvolvidas nos países europeus, melhorando assim, a qualidade de vida da população e reduzindo as epidemias. Santana destaca que (2014, p.55):

A partir de 1850 verifica-se o declínio das doenças infecciosas, sendo este facto o principal responsável pela grande diminuição das taxas de mortalidade. Todavia, verifica-se a dominância das doenças crónicas, como o cancro e as doenças do coração.

Conforme é apontado por Pessôa (1978), durante o(século XIX), emergiram diversas publicações na área da Geografia Médica, entre elas, M. Suss “Sobre as enfermidades endêmicas da Suécia de 1852”; o Simonin intitulado de “Pesquisas topográficas e médicas sobre Nancy”, ano de 1854; Rigler sobre “A Turquia e seus habitantes”, publicado no ano de 1852; Morchison e as “Notas sobre o clima de Burma”, ano de 1855; Alan Webb e a obra intitulada de “Patologia Índica” (1848); Griesinger e sua “Descrição das doenças do Egito” dentre outras.

Vale destacar que, até o século XX as pesquisas em Geografia Médica e da Saúde estavam atreladas à subárea de trabalhos da ciência médica e inúmeras eram as denominações como epidemiologia geográfica ou geomedicina. O termo geomedicina foi criado pelo higienista alemão Heins Zeiss como definição para uma Geografia Médica considerada mais dinâmica; além disso, esta terminologia está ligada a Geografia Política de Ratzel, mas que “[...] em

qualquer sentido que seja encarado, pode desaparecer da terminologia, dando-se aos velhos termos Geografia Médica, nova extensão e significação” (PÊSSOA, 1978, p.8).

Todavia, a partir de 1940, os geógrafos humanos começaram a desenvolver a Geografia da Saúde reconhecendo esta como uma disciplina da Geografia Humana⁴(SCLIAR, 2007). Como salienta Lacaz (1972, p.1) a Geografia da Saúde:

[...] estuda a geografia das doenças, isto é, a patologia à luz dos conhecimentos geográficos. Conhecida também como Patologia geográfica, Geopatologia ou Medicina geográfica, ela se constitui em um ramo da Geografia humana (Antropogeografia), ou, então, da Biogeografia.

E o principal objetivo da Geografia da Saúde, conforme destaca Santana (2014, p.14): “[...] é proporcionar conhecimentos que sirvam para compreender as relações que se estabelecem entre as condicionantes da saúde, os resultados efetivos das políticas e da organização dos serviços na saúde das populações e as suas consequências no desenvolvimento do território”. Os métodos são muitos, destaque para a utilização de instrumentais da cartografia e das geotecnologias para a espacialização das doenças, além de utilizar também ferramentas da estatística e epidemiologia.

Data também deste período, século XIX, a aproximação da Epidemiologia com a Geografia. Este estreitamento de laços entre as duas ciências só foi possível porque estas se tornaram autônomas. Entretanto, neste primeiro contato inicial entre estes dois ramos do saber, ambas ainda estavam sob a influência predominante da tradição positivista do século XIX (FERREIRA, 1991; MAGALHÃES, 2013).

Assim como a Geografia, a Epidemiologia desenvolveu-se, em meados do século XIX, sob forte influência positivista no que se refere às potencialidades de leitura da realidade. Dessa forma, tanto uma como a outra disciplina tinha como postulado a neutralidade científica e a busca da descrição dos fatos em si, como critério de verdade. Para isto, tanto o método geográfico quanto o método epidemiológico preconizavam o distanciamento crítico do sujeito diante do objeto de estudo, visando a obtenção de resultados claros e completamente corretos. (GUIMARÃES; PICKENHAYN ;LIMA, 2014, P.72).

Os resultados foram trabalhos de caráter descritivo voltado à distribuição regional das doenças, com emprego de métodos da Cartografia. Além, de pesquisas em climatologia

⁴Como destaca Claval (2002, p.14): “A Geografia Humana enfoca em primeiro lugar e fundamentalmente a análise das relações que se estabelecem entre os grupos humanos e os ecossistemas dos espaços onde vivem”.

médica que buscavam relacionar a ocorrência das doenças com aspectos físicos como solo e variações climáticas (FERREIRA, 1991).

Com a origem da ciência moderna, as ideias hipocráticas retornam ao cerne das pesquisas em Geografia, uma vez que nos seus estudos Hipócrates já havia considerado a possível ação dos germes e bactérias, além dos fatores físicos como o clima sobre o processo saúde-doença (PESSÔA, 1978). Surge então um novo ramo da Geografia Médica denominada por Lacaz (1972) de Climatologia ou Meteorologia Médica, destacando-se os trabalhos de Piery (1934) com a sua obra, composta de três volumes, “Traité du Climatologie Biologique et Médicale.

As pesquisas desenvolvidas pelo parasitologista Evgency Nikanorovich Pavlovsky (1939) e Maximillian Joseph Sorre (1943) forneceram valiosas contribuições conceituais para a Geografia Médica que posteriormente serviram de base para outras pesquisas na área que tinham como propósito o aspecto interdisciplinar. Pavlovsky forneceu grandes contribuições teóricas para o conceito de espaço relacionado ao estudo de doenças transmissíveis baseadas na teoria ecológica. Destes pressupostos foi formulado a *Doutrina da Nidalidade* ou *Teoria Dos Focos Naturais Das Doenças Transmissíveis* (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000; PEITER, 2005).

Maximillian Joseph Sorre (1943) foi além das concepções e abordagens de Pavlovsky, estudou a importância da ação dos seres humanos para a formação e a atividade dos complexos patogênicos, formulando o famoso conceito de “complexo patogênico”. Com a elaboração deste conceito foi possível realizar abordagens mais abrangentes referentes a uma variedade de doenças infecciosas e parasitárias (ANDRADE, 2000; CZERESNIA; RIBEIRO, 2000). Como salienta Guimarães (2014, p.20):

Partindo desse conceito dinâmico, cuja unidade manifestava-se no estudo do todo terrestre, a obra de Sorre inspirou-se em rumos já delineados por La Blache, Demangeon, Jean Brunhes e De Martonne, entre outros, conservando-se fiel aos princípios gerais da ciência geográfica da época. Dentre esses princípios, o da extensão colocou a Geografia no centro do interesse de muitos pesquisadores da área médica. Afinal, a obra de Sorre permitia a instrumentalização para a apreensão da doença como um fenômeno localizável, passível de delimitação em termos de área.

Sorre considerava como questão primordial na sua época a valorização da produção cartográfica. Para o autor era necessário delimitar bem as áreas de extensão dos problemas de saúde pública. Entretanto, problemas como o tamanho das regiões e dos territórios já eram

colocadas como um dos obstáculos para análise da distribuição das doenças (GUIMARÃES, 2014). Como destaca Peiter (2005) os trabalhos desenvolvidos por Sorre contribuíram para aproximar novamente os laços entre a Geografia e a temática da Saúde.

No Brasil, Samuel Pessoa embasou os seus estudos e pesquisas nestes pesquisadores citados. Além disso, criou uma escola de estudos em Geografia Médica no País. Seus estudos estavam voltados para as principais enfermidades que assolavam a população na época como a doença de Chagas (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

No período entre as duas guerras mundiais ocorreram muitos óbitos no continente europeu devido principalmente a falta de alimentos, saneamento básico e os altos índices de poluição ambiental nas cidades. Todo este contexto proporcionou o surgimento de novas epidemias. Após este período, com o desenvolvimento de novas tecnologias foi possível descobrir novas doenças. Além disso, foram descobertos métodos de prevenção; surgiram vacinas que combatiam e auxiliavam na prevenção de inúmeras doenças e os meios de transmissão de muitas patologias. Em alguns países a vacina ajudou na erradicação de doenças como a febre amarela e a tuberculose (VAZ; REMOALDO, 2011).

Foi no ano de 1949, em Lisboa, durante o Congresso da União Geográfica Internacional – UGI que teve a origem oficial da Geografia Médica; contudo, sua consagração ocorreu em 1968 com a formação de um grupo de trabalho em Nova Déli (GUIMARÃES, 2014).

Os estudiosos em Geografia da Saúde no período Pós Segunda Guerra Mundial começaram a abordar as temáticas de trabalho de uma maneira mais pragmática do que teórica, inserindo a saúde em uma das áreas de aplicação dos estudos simétricos do território. Neste aspecto a ciência cartográfica foi uma importante ferramenta na análise da espacialização das doenças, sendo publicados diversos atlas (GUIMARÃES, 2014). Como salienta Andrade (2000, p.157):

Nos dias atuais, a cartografia permanece como uma importante contribuição para os estudos de geografia médica, sem as limitações anteriores, pois a cartografia computadorizada, utilizada desde a década de 60 e intensificada nas décadas seguintes, possibilitou o refinamento na interpretação dos dados e o uso de novas técnicas de análise.

Na década de 1970 houve expansão nas perspectivas de análise em Geografia da Saúde principalmente com o desenvolvimento de muitas pesquisas empíricas com diferentes metodologias. Na França e nos Países Baixos as pesquisas em Geografia Médica têm sido desenvolvidas com base na perspectiva dos estudos regionais, tanto nas áreas urbanas como rurais.

Neste início de século XXI percebe-se que a Geografia da Saúde ganhou relevância, principalmente por considerar os componentes territoriais, destacar a importância do lugar, utilizar ferramentas que possibilitam entender o espaço de maneira mais sólida por meio do Sistema de Informação Geográfica (SIG) e também por considerar os aspectos socioculturais. A Geografia da Saúde não é discutida somente entre os profissionais da Geografia, pelo contrário, esta temática se fortalece cada vez mais nas mais diversas áreas do conhecimento como as Ciências Sociais, Ciências da Terra e Ciências da Saúde. Este aspecto interdisciplinar está se tornando uma tendência nos estudos atuais em Geografia da Saúde e compete ao geógrafo ser um colaborador com profissionais de outras áreas como os Biólogos, Antropólogos e Psicólogos (VAZ; REMOALDO, 2011). Na próxima seção deste capítulo discutiremos o desenvolvimento da Geografia da Saúde no Brasil e as principais pesquisas desenvolvidas no País.

2.3 Os estudos em Geografia da Saúde no Brasil

As primeiras contribuições para a Geografia Médica e da Saúde no Brasil são oriundas de relatos de viajantes estrangeiros⁵ que identificaram e descreveram inúmeras doenças que existiam no território. Os trabalhos tinham como principal temática descrever a distribuição das doenças no país; também apresentavam um viés determinista, pois, consideravam aspectos físicos como o clima, relevo e vegetação (PESSOA, 1978).

Com a criação das Faculdades de Medicina no ano de 1808, surgiram diversos trabalhos e teses que abordavam a Geografia das Patologias e higiene nas diversas regiões do Brasil (PESSOA, 1978). Neste aspecto não podemos deixar de mencionar as contribuições de Carlos Chagas (1879-1934) para a Tropicologia Médica. A descoberta mais notável de Chagas diz respeito à tripanossomíase americana (LACAZ, 1972). No ano de 1907 o pesquisador foi

⁵Auguste de Saint-Hilaire, Johann Von Spix, Carl von Martius e Johann Emmanuel Pohl.

enviado à uma cidade próxima ao Rio São Francisco, atual município de Lassance no Norte de Minas para combater a epidemia de malária entre os trabalhadores incumbidos na construção da nova linha de trem da Estrada de Ferro Central do Brasil. Neste período, capturou, classificou e estudou os hábitos dos mosquitos transmissores da doença, e examinou o sangue de animais em busca de parasitas. Assim, Chagas identificou no sangue do animal, denominado saguino, espécie de protozoário, ao qual deu o nome de *Trypanosoma minasensis*, conhecido como barbeiro; assim chamado porque suga o sangue das pessoas durante a noite, atacando o rosto delas (KROPF, 2006).

Entretanto, a maioria das pesquisas e trabalhos desenvolvidos sobre esta temática foram desenvolvidas, em sua maior parte, por médicos e sanitaristas; destaque para as obras *Introdução à Geografia Médica* de Carlos Alberto da Silva Lacaz (1972), *Ensaio Médico-Sociais* de Samuel Pessôa (1978) e *Geografia da Fome* (1946).

Lacaz (1972) aponta na sua obra seis fatores que garantem a endemicidade de algumas doenças tidas por ele como tropicais: clima; solo e relevo; paisagem botânica e zoogeográfica; hidrografia; moradia – tipos de habitação; carências alimentares como o pauperismo, associado a assistência médica e social diversificada para ambas as classes.

A partir da década de 1950, as pesquisas na área da Geografia Médica tinham como enfoque principal abordar as doenças que existiam nas áreas que compreendiam ao movimento de interiorização e integração do território brasileiro, ou seja, as regiões Norte (Amazônia) e o Centro Oeste. Como destaca Junqueira (2009, p.7): “Esses estudos atendiam ao interesse do governo que implantava projetos de produção de energia, agropecuária e de mineração no interior do país, no entanto, não possuíam maior reflexão sobre os problemas relacionados à saúde”. Foi também neste período que Lacaz publicou o livro *Introdução à Geografia Médica no Brasil*, onde este faz um histórico das discussões sobre a temática (LACAZ, 1972). Vale destacar também as pesquisas relacionadas a alimentação, principalmente, pelo principal expoente destes estudos Josué de Castro. Muitas foram às publicações deste autor como a obra “Geografia da Fome: o dilema brasileiro: pão ou aço” de 1946 (CASTRO, 1984).

Na década de 1970 a Geografia Médica e da Saúde se consolidava no país, principalmente após a criação da Escola Nacional de Geografia Médica neste mesmo período. Esta recebeu muitos auxílios de Milton Santos para a consolidação de uma abordagem que relacionasse o

social com o meio ambiente, passando a ser intitulada de Geografia da Saúde pelos geógrafos críticos.

No país existe apenas uma revista especializada na área da Geografia da Saúde e que tem como principal objetivo estender o diálogo entre os pesquisadores que trabalham com esta temática. Intitulada de Hygeia, esta é uma revista digital semestral criada no ano de 2005 e possui artigos nacionais e internacionais já publicados, além de resenhas de inúmeros livros. Podemos encontrar a disciplina de Geografia da Saúde nos currículos de algumas universidades e faculdades do Brasil como nas Universidades Federais de Rondônia, de Goiás e do Paraná, Universidade Federal de Juiz de Fora e de Uberlândia, Universidade Estadual de Montes Claros e na Universidade Estadual de São Paulo, em Presidente Prudente, dentre outras. Entretanto, é notório o crescimento desta temática neste início de século XXI, fato este motivado pela necessidade de explicar o processo saúde-doença na atualidade e principalmente a sua espacialização e o contexto social em que se enquadram os doentes.

No IX Encontro de Geógrafos da América Latina ocorrido no ano de 2003 houve uma mesa de discussão sobre esta temática e no mesmo ano ocorreu o I Simpósio Nacional de Geografia da Saúde em Presidente Prudente com a publicação de um número do Caderno Prudentino de Geografia, destinado à Geografia da Saúde (JUNQUEIRA, 2009). Merece ser destacado também o minicurso intitulado “Da Geografia Médica à Geografia da Saúde” e uma mesa redonda com a temática Geografia da Saúde no VI Congresso Brasileiro de Geógrafos ocorrido em 2004. Outros eventos relevantes podem ser encontrados na Tabela 01.

Tabela 01: Trajetória dos principais Eventos em Geografia da Saúde no Brasil, 2005 – 2015

Ano	Evento
2005	II Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e I Encontro Luso-brasileiro de Geografia da Saúde, no Rio de Janeiro.
2007	III Simpósio Nacional de Geografia da Saúde.
2007	II Fórum Internacional de Geografia da Saúde.
2009	IV Simpósio Brasileiro de Geografia da Saúde e II Congresso Internacional de Geografia da Saúde, em Uberlândia.
2011	V Simpósio Brasileiro de Geografia da Saúde e II Fórum Internacional de Geografia da Saúde, em Recife.
2013	VI Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e III Fórum Internacional de Geografia da Saúde, no Maranhão.
2015	VII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e IV Fórum Internacional de Geografia da Saúde, em Brasília.
2017	VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e V Fórum Internacional de Geografia da Saúde, Mato Grosso do Sul.

Org. Maciel, E. V.F

Grandes contribuições para a Geografia da Saúde são as pesquisas realizadas pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Além do Laboratório de Geografia Médica e de Vigilância em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia e o Laboratório de Geografia Médica e de Promoção da Saúde – LAGEOMEPS que vem abordando a temática no Norte de Minas Gerais. Abordaremos o conceito de Espaço e Território na Geografia elencando como a Geografia da Saúde e a Epidemiologia se apropriaram destes conceitos nos estudos e pesquisas desenvolvidas nestes ramos científicos.

2.4 Espaço, Geografia da Saúde e Epidemiologia

O conceito de espaço não está no cerne das discussões somente entre os geógrafos, pelo contrário, outros profissionais como astrônomos, matemáticos, historiadores, sociólogos fazem referência a este conceito (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014; CORRÊA, 2000). Contudo, os debates envolvendo o conceito de espaço não são recentes; várias foram as abordagens e as definições que este conceito adquiriu durante a trajetória do pensamento

geográfico. Nas palavras de Silva (1991, p.10): “Sempre que se falava em geografia estava-se, ao mesmo tempo, procurando o espaço geográfico, mesmo quando este não era concebido como seu objeto central”. Muitos estudiosos consideraram o espaço o objeto da Geografia como Moreira (2007) e Santos (2004). Inúmeras foram às conotações deste conceito, isto se deve principalmente pela pluralidade da Geografia no decorrer do pensamento geográfico.

Na corrente geográfica denominada de Geografia Tradicional o espaço não era abordado como conceito fundamental. Como salienta Corrêa (2000): “A geografia tradicional em suas diversas versões privilegiou os conceitos de paisagem e região, em torno deles estabelecendo-se a discussão sobre o objeto da geografia e sua identidade no âmbito das demais ciências”. Essa perspectiva permeou o pensamento geográfico até o surgimento da Revolução Teorética Quantitativa em meados da década de 1950.

Com a Revolução Teorético-quantitativa o espaço é considerado como conceito-chave da Geografia. De acordo com Corrêa (2000, p. 20), “[...] no âmbito da corrente geográfica em questão o espaço é considerado sob duas formas que não são mutuamente excludentes. De um lado através da noção de planície isotrópica e, de outro, de sua representação matricial”. Este paradigma da Geografia se destacou por utilizar modelos matemáticos e estatísticos, elaborando diagramas e matrizes (ANDRADE, 2000).

Na década de 1970 surge uma corrente geográfica que tinha como objetivo romper com os pressupostos da Geografia Tradicional e também com a Geografia Teorética-quantitativa: a denominada Geografia Crítica. O espaço, nesta vertente reaparece como conceito fundamental na ciência, sendo assim, pois concebido “[...] como locus da reprodução das relações sociais de produção, isto é, reprodução da sociedade” (CORRÊA, 2000).

Neste mesmo período (1970) surgem muitos geógrafos adeptos a uma corrente humanística ou cultural na Geografia. A geografia humanista está assentada no método fenomenológico e tem como característica a subjetividade. Conforme Magalhães (2013, p.52): “Nessa corrente, o espaço é entendido como espaço de vivência, do vivido e experimentado, o espaço do cotidiano. A cultura é, nesse paradigma, o eixo básico da organização espacial”.

Percebe-se com este panorama histórico e conceitual da categoria espaço na Geografia as várias definições que esta recebeu, ora sendo um conceito-chave, ora sendo deixado em

segundo plano nas discussões. Como salienta Moreira (2007, p.63): “A noção de espaço como chão da geografia é, certamente, um tema que perpassa todos os discursos geográficos em todos os tempos, tal como se pode aferir numa simples confrontação da maneira como os geógrafos a vêm definindo no tempo”.

Contudo, o espaço nas discussões em saúde também não é recente. Desde Hipócrates até este início de século XXI esta temática permeia os estudos de epidemiologistas, geógrafos e demais ciências da saúde. Entre as discussões podemos elencar a utilização do espaço como mecanismo para compreender a distribuição e ocorrência das doenças (SILVA, 1997).

No campo da saúde o espaço surgiu nas discussões de maneira mais sistemática ainda no século XVIII. Entretanto, no século XIX o conceito de espaço passa a ter conotações de ambiente físico, deixando em segundo plano o ser humano (BOUSQUAT; COHN, 2004). Nos séculos XIX e XX o conceito de espaço prevalente na saúde pública foi restringido às dimensões físicas e cartográficas, apresentando assim um aspecto científico reduzido (BOUSQUAT ; COHN, 2004).

Outro geógrafo que também trouxe relevantes contribuições para esta temática foi Milton Santos. Nas palavras de Faria e Bortolozzi (2009) a importância deste intelectual nas pesquisas em saúde pública brasileira deve ser considerada em aspectos relacionados com as recentes questões sociais e científicas que surgiram no começo da década de 1970. O aspecto identificado corresponde a certa incapacidade da Epidemiologia nos estudos relacionados ao processo saúde-doença no contexto de mudanças sociais do período. Essas mudanças referem-se ao padrão epidemiológico e o processo de urbanização; as recentes epidemias causadas pela globalização com a emergência de novas doenças e reemergência de doenças potencialmente controladas, os impactos ambientais e sua vinculação com a saúde.

Santos (2002, p.63) define o espaço como “[...] conjunto indissociável, solidário e também contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como um quadro único no qual a história se dá”. Para este mesmo autor essas ações se realizam através da técnica e dos fluxos que ocorrem no espaço. Através da técnica o homem cria cada vez mais objetos tecnológicos que facilitam o intercâmbio entre eles, aumentam a produção nas indústrias e conseqüentemente a obtenção de lucro. Todavia, percebemos que ao criar esses objetos, que de certa forma modelam o espaço a partir desta interação entre o

sistema objeto-ação, a temática ambiental não é colocada em questão e muitos problemas de saúde e/ou ambientais emergem. De acordo com Santos (2002, p.65):

No princípio, tudo eram coisas, enquanto hoje tudo tende a ser objeto, já que as próprias coisas, dádivas da natureza, quando utilizadas pelos homens a partir de um conjunto de intenções sociais passam, também, a ser objetos. Assim, a natureza se transforma em um verdadeiro sistema de objetos e não mais de coisas [...].

O processo de produção do espaço, como aponta Moreira (p.65): “[...] deriva de um duplo conjunto de interações, que existem de forma necessariamente articulada: a) o conjunto das interações homem-meio; e b) o conjunto das interações homem-homem”. Essas interações, conforme o autor, acontecem de forma simultânea e articulada: os homens entram em contato com a natureza através das relações sociais que ocorrem entre eles no processo de produção dos objetos necessários para sua sobrevivência.

Na concepção de Milton Santos (1996, p.83): “Não há espaço sem construção humana, sem vida e relações sociais. Em consequência, não há como se falar do espaço como atributo, substrato onde simplesmente aconteceriam coisas” (SANTOS, 1996, p.83). Nesta perspectiva, percebemos que no processo de modelar e/ou remodelar o espaço, o homem acaba criando condições que não garantem um ambiente saudável. A degradação ambiental dos espaços tanto urbanos como rurais é uma crescente como: destruição de áreas verdes nas cidades e poluições dos corpos d’água pelo lançamento de efluentes. Augusto et al (2003, p.90)aponta que:

[...] os grandes problemas de saúde relacionados ao meio ambiente são criados pelo homem, e a reflexão teórico-conceitual e o conhecimento destinam-se a resolver/solucionar problemas, estabelecer prioridades, definir indicadores e dar praticidade às decisões. Deve-se trabalhar os problemas para buscar soluções, com abordagem interdisciplinar e novas formas de explicar os acontecimentos, explorando novas possibilidades. Compreender que é nos processos de trabalho e de produção que se dão as relações homem-natureza e neles é que são gerados os riscos tecnológicos, que não devem ser encarados como simples “causas”, mas como contexto gerador de nocividades para a saúde.

Por isso, ao produzir o espaço o ser humano tem de pensar nos efeitos que essas ações irão provocar; dependendo das atividades realizadas o nível de degradação do ambiente poderá ser irreversível. Entretanto, como salienta Moreira (2007, p.64) “[...] o espaço não é suporte, substrato ou receptáculo das ações humanas. E não se confunde com a base física. O espaço geográfico é um espaço produzido”. Contudo, neste espaço produzido, como destaca Santana (2014, p.83):

Importa reconhecer a relevância das circunstâncias do meio físico e social local que promovam a saúde, onde se incluem aspetos do ambiente local que têm efeitos positivos sobre a saúde: a) qualidade dos espaços públicos e de recreio; b) recursos e serviços sociais que promovam e mantenham estilos de vida saudáveis; c) normas sociais que podem induzir a população a ter comportamentos saudáveis; d) oferta de produtos alimentares de boa qualidade na comunidade. Em sentido contrário, ambientes que induzam a doença, ou seja, aspetos negativos sobre a saúde: poluição atmosférica, ruído, violência, exclusão. As áreas de privação sócio material coincidem, genericamente, com locais desprovidos de equipamentos e serviços públicos que possibilitem bem-estar e qualidade de vida às populações.

A concepção de espaço em Milton Santos conforme Silva (1997) possibilitou à ciência epidemiológica mudar o cerne de análise centrada na doença para a análise da sua ocorrência. Assim, os estudos passaram a tentar compreender os mecanismos relacionais que explicam a distribuição e o desenvolvimento das doenças.

Neste sentido, é importante compreender e identificar a distribuição destes objetos no espaço a fim de entender se estes objetos não estão interferindo negativamente na qualidade de vida das populações. Nesta perspectiva partimos de uma concepção de espaço vivido; seguindo este raciocínio, Massey (2005) afirma que há um ciclo de relação entre o que é o espaço e os sujeitos, de forma que existe uma troca entre eles, ou seja, o espaço é o lugar onde acontecem as ações e movimentos da sociedade.

Milton Santos na sua obra “Por uma Geografia Nova” (2004) além de afirmar que o espaço é produzido este também assegura que é um fator social, uma instância social e uma reprodução social. “Quando se admite que o espaço é um fato social, é o mesmo que recusar sua interpretação fora das relações sociais que o definem. Muitos fenômenos, apresentados como se fossem naturais, são de fato sociais”(SANTOS, 2004, p.165). Nesta perspectiva, muitos pesquisadores entendiam que os determinantes em saúde eram naturais, mas de fato são sociais. É neste sentido que “O conceito de espaço geográfico incorpora os determinantes naturais e sociais numa visão de totalidade, que muitas vezes falta à análise epidemiológica” (SILVA, 1997, p. 588).

Conforme Guimarães (2014, p.53):

[...] o espaço, objeto de estudo da Geografia, não é meramente um substrato sobre o qual as dinâmicas sociais se desenrolam: é uma dimensão viva dessas dinâmicas. Ele é formado pela articulação entre os objetos técnicos e os elementos da natureza, animados por fluxos de matéria e informação.

Nas palavras de Czeresnia e Ribeiro (2000, p. 602), “[...] os conceitos de espaço geográfico propostos por Milton Santos constituem uma das referências mais importantes para as análises da relação entre espaço e doença, especialmente as produzidas no Brasil”. Essa importância será reconhecida, sobretudo, no estudo das doenças endêmicas, porque permite entender a sua produção e distribuição como o resultado da organização social do espaço.

No pós-segunda Guerra Mundial deparamos com a emergência do fenômeno da globalização; este mesmo período foi denominado por Milton Santos de “período técnico-científico informacional”. Nesta fase ocorrem muitos avanços tecnológicos principalmente aqueles referentes às tecnologias da informação; o desenvolvimento da telefonia móvel garantiu uma articulação a nível global entre as pessoas, aumentando e intensificando as redes e os fluxos. O meio de transformação da natureza não é mais a indústria, mas a informação que estimula cada vez mais o elo entre o setor produtivo e o conhecimento científico. Os avanços também nos meios de transporte fizeram com que aumentasse a troca de mercadorias entre os países e também na proliferação das doenças (GUIMARÃES, 2014). Conforme salienta Faria e Bortolozzi (2009, p.35): “Ao entender o espaço no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional o setor saúde passa a entender a doença não apenas como o resultado da presença de vírus e bactérias (análise unicausal), mas, como resultado de uma dinâmica social complexa”. Neste contexto, percebe-se uma crescente nos estudos baseados nas abordagens voltadas para a espacialização e distribuição das doenças neste espaço.

Conforme Ribeiro e Suzuki (2013, p.84): “[...] compreender a produção do espaço possibilita uma maior aproximação dos fatores relacionados ao desenvolvimento das doenças e da sua distribuição entre os diversos grupos sociais. As desigualdades espaciais precisam ser identificadas para que se possa qualificar e organizar os serviços de acordo com as particularidades de cada área geográfica”. Entretanto, devido a complexidade deste conceito e variedade de definições existentes, este assunto não se encerra aqui. É nestas perspectivas de espaço produzido pelo homem e como fator social (MOREIRA, 2007; SANTOS, 2004) que o presente estudo se baseia por entender que as doenças estão inseridas num determinado espaço e que a sociedade ao construir e produzir o seu espaço pode prejudicar a saúde e bem estar dependendo das ações realizadas. Contudo, os estudos mais recentes na Geografia da Saúde além de considerar o aspecto espacial das doenças tem ressaltado também o territorial. Os territórios da saúde por terem sido adotados por várias políticas públicas no país como

estratégia de atuação fez com que muitos pesquisadores abordassem este conceito nas pesquisas. Guimarães (2014, p.86) salienta que:

As categorias do espaço (forma, estrutura, conexão) e tempo (duração, ciclo, ritmo) são fundamentais para a abordagem geográfica da saúde. Elas ganham concretude em diferentes formas do espaço geográfico (território, lugar, região), que somente podem ser compreendidos no seu tempo (período, processo).

Na sequência abordaremos o conceito de território na Geografia e como este conceito está sendo incorporado nas pesquisas espaciais e nas políticas públicas.

2.5 Do Território ao Território da Saúde

A ciência geográfica possui alguns conceitos fundamentais, sendo um destes o de Território. Entretanto, assim como o conceito de espaço, a noção de Território não é uma abordagem exclusiva da ciência geográfica, estando também entre as discussões nas ciências, a saber, a Sociologia, Antropologia, Ciência Política, a Ecologia dentre outros. Devido a este caráter polissêmico alguns pesquisadores confundem território com a noção de espaço, como salienta Raffestin (1993, p.143) “Espaço e território não são termos equivalentes. Por tê-los usado sem critério, os geógrafos criaram grandes confusões em suas análises, ao mesmo tempo que, justamente por isso, se privavam de distinções úteis e necessárias”. Ainda conforme este mesmo autor o espaço é anterior ao território, sendo este conceito construído e formado tendo como base o espaço. Todavia, Santos (2004) considera o conceito de território mais complexo e vasto, por isso este antecede o de espaço. Haesbaert concorda parcialmente com Raffestin (1993) salientando que apesar das noções de espaço e território não serem sinônimas, se não houver espaço não haverá território, ou seja, estes conceitos são interdependentes. Neste sentido, “[...] espaço e território são faces de uma mesma moeda ou, então, que são trama e urdidura” (LIMA, 2016, p.27).

Etimologicamente a palavra território possui duas conotações sendo uma material e outra simbólica. Nas palavras de Haesbaert (2007, p.20):

[...] etimologicamente aparece tão próximo de *terra-territorium* quanto de *terreo-territor* (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo-especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou no “territorium” são impedidos de entrar. Ao mesmo tempo, por outro lado, podemos dizer que, para aqueles que têm o privilégio de plenamente usufruí-lo, o território pode inspirar a identificação (positiva) e a efetiva “apropriação”.

Na ciência geográfica as concepções de território podem ser delineadas em duas grandes abordagens: a primeira denominada de jurídico-política e a outra intitulada de etológica. A jurídico-política está calcada na Geografia Política Clássica que estabelece uma relação entre o Estado e o Território; já a vertente etológica está fundada na territorialidade humana (MONKEN et al, 2008).

A matriz jurídico-política e a vertente tradicional da Geografia tem em Ratzel um dos principais expoentes. Todavia o termo utilizado por este autor não é território, e sim a palavra solo (*boden*) onde o citado conceito surge como sinônimo de Estado, ou seja, como se “[...] fosse algo vazio sem referência aos atributos materiais, inclusive ou sobretudo naturais (dados pelo sítio e pela posição), que de fato são designados de modo mais direto pela expressão Boden”. (SOUZA, 2000, p.86). A proposta de Ratzel é uma Geografia Política onde o Estado é absoluto, com muitos poderes. Como salienta Raffestin:

[...] não vemos o Estado, mas é também verdade que o Estado se mostra em todas as formas de manifestações espaciais, da capital à fronteira, passando pelas malhas interiores hierarquizadas e pelas redes de circulação. O Estado pode ser lido geograficamente, e Ratzel forneceu categorias para decifrá-lo: centro *versus* periferia, interior *versus* exterior, superior *versus* inferior etc.” (1993, p.16).

Na sua denominada Antropogeografia Ratzel faz uma análise das relações entre o Estado e o espaço, desenvolvendo assim, os conceitos de espaço vital e território com fortes bases na ecologia. Para este o território é considerado como a tomada de um pedaço do espaço por um determinado grupo ou etnia. Em Ratzel “O espaço transforma-se, assim, através da política, em conceito-chave da geografia”. (SOUZA, 2000, p.18). O conceito de espaço vital “[...] este representaria uma proporção de equilíbrio entre a população de uma dada sociedade e os recursos disponíveis para suprir suas necessidades, definindo, portanto, suas potencialidades de progredir e suas permanências territoriais” (MORAES, 2007, p.70). Neste sentido, podemos afirmar que:

[...] proposta por Ratzel privilegiou o elemento humano e abriu várias frentes de estudo, valorizando questões referentes à história e ao espaço, como: a formação dos territórios, a difusão dos homens no globo (migrações, colonizações, etc), a distribuição dos povos e das raças na superfície terrestre, o isolamento e suas consequências, além de estudos monográficos das áreas habitadas (MORAES, 2007, p.71).

Contudo, Raffestin amplia o conceito de Território proposto por Ratzel e pela Geografia Política Clássica. Para este autor a base para o estudo do território não é somente o poder do Estado proposto por Ratzel, mas também aquele que emana do povo (MONKEN et al, 2008).

O território então seria o espaço construído socialmente, aquele dominado e/ou apropriado material ou simbolicamente (HAESBAERT, 2006). Quando os indivíduos se apropriam de um determinado espaço transforma-o em território, delimitando os seus limites e marcando as fronteiras. Nesta perspectiva Lima (2016, p.36) pontua que:

Território tem limites e restrições ao acesso dos que a ele não “pertencem”. Os territórios são representação de poder. Há os territórios das gangs, dos índios, da cidade, das unidades da ESF. Nos territórios há domínio e poder estabelecidos por quem domina, com normas e regras formais ou informais.

Na abordagem etológica os territórios são construídos a partir do comportamento humano, obtendo como referência indireta a territorialidade animal. Nesta perspectiva “[...] cada sociedade produz seu(s) território(s) e territorialidade(s), a seu modo, em consonância com suas normas, regras, crenças, valores, ritos e mitos, com suas atividades cotidianas” (SAQUET, 2013, p.24). Ainda sobre esta abordagem o referido autor pontua que:

Relações de poder que estão nas famílias, nas universidades, no Estado em suas diferentes e complementares instâncias, nas fábricas, na igreja...enfim, em nossa vida cotidiana. Relações que são vividas, sentidas e, às vezes, percebidos e compreendidos de formas distintas; são substantivados por relações, homogeneidades e heterogeneidades, integração e conflito, localização e movimento, identidades, línguas e religiões, mercadorias, instituições, natureza exterior ao homem, por diversidade e unidade; (i) materialidade. Eis do que estou tratando (2013, p.25).

Os trabalhos mais recentes que discutem o conceito de território além de abordar os aspectos já mencionados incorporaram o componente cultural. Nas palavras de Santos (2000, p.96):

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi.

A característica principal do conceito de território em Milton Santos é a ruptura que este faz sobre a clássica concepção política deste conceito (FARIA & BORTOLLOZZI, 2009). O território começa a ser pensado como um reflexo das relações políticas, sociais e culturais. Nestes aspectos, surgem estudos na Geografia da Saúde que buscam entender como estes territórios delimitados pela relação de poder são apropriados pela sociedade ou como os planejamentos do território urbano podem ajudar na prevenção de doenças. Neste sentido os conceitos de território como território-área de abrangência, território-processo, território-área de influência e território-rede surgem nas pesquisas na área da Saúde, principalmente com o objetivo de entender os recortes territoriais realizados por políticas públicas, como o Programa Estratégia Saúde da Família - ESF. O entendimento de território adquire um aspecto dinâmico e transitório. O Território então, conforme Santos (2000) seria o solo mais os indivíduos, estes trazendo consigo todos os seus sentimentos e identidades com este local. Lima (2016) concorda com Santos quando este aborda a construção dialética entre indivíduo e território; para ele:

Esta compreensão de território como palco se completa com a ideia de indivíduos como atores, que representam uma história. Prefiro entender os indivíduos como sujeitos, que constroem uma história. Essa é a referência utilizada muito comumente nas práticas e ações de saúde, sempre consideraram o território apenas para a adscrição da população, delimitando a clientela, estabelecendo a unidade de saúde como um balcão de atendimento, para apresentar aos clientes um cardápio de serviços de saúde (LIMA, 2016, p.37).

Haesbaert (2006) considera que os territórios se formam e podem também se dissolver, principalmente pela perda de identidade e de poder. Como destaca este mesmo autor (2007, p.20-21): “Território, assim, em qualquer acepção, tem a ver com poder, mas não apenas ao tradicional “poder político”. Ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais explícito, de dominação, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico, de apropriação.”

Este caráter mais abrangente que o citado autor utiliza para determinar território consiste em analisar este conceito a partir de três concepções: a política, a cultural e a econômica. Na concepção política o território é abordado como um espaço delimitado e controlado por um indivíduo ou vários, não estando somente a cargo do Estado este papel de controle, mas podendo ser exercido por grupos da sociedade que detém maior domínio sobre o outro. Na vertente cultural, o território é visto como um lugar de criação de identidade e vivência, onde a sociedade mantém suas relações com o espaço vivido. E na concepção econômica o território é considerado como provedor de recursos e que, através destes, existem as relações

econômicas, principalmente no trabalho ou na busca de capital. Praticamente nesta mesma linha de pensamento Souza (2000) fala em “territórios flexíveis” onde, não é necessário haver uma ligação com o Estado para se ter um território, daí surgem os territórios criados por grupos da sociedade a partir de relações sociais. O território se torna, nesta concepção, uma projeção de um determinado grupo da sociedade, como podem ser citados, os territórios da prostituição feminina ou masculina nos grandes centros urbanos.

Além disso, não podemos pensar o território sem considerar o fator histórico que está implícito neste conceito, pois sempre que este é trabalhado a categoria temporal aparece como um suporte necessário (SPOSITO, 2004). Assim, surgem as demarcações de uma área territorial para execução de ações práticas em saúde que dependerão fortemente do conjunto de ideias teórica e política do pesquisador ou planejador. Aliás, por este motivo emergem diferentes concepções que fazem alimentar diversas abordagens territoriais e cada uma dessas abordagens permite definir territórios, não só em escalas diversas, como também com visões distintas. Contudo, alguns pesquisadores confundem os conceitos de território e espaço, principalmente, por aqueles que não aprofundaram em leituras sobre esta temática (SPOSITO, 2004; ANDRADE, 2004).

Porto Gonçalves traz no seu artigo o conceito de território numa concepção da política pública. Nesta abordagem “[...] os territórios não existem a não ser pelas relações sociais e de poder que os conformam e, assim, sempre afirmam os sujeitos sociais que por meio deles se realizam. Por isso, mais que a idealização de qualquer territorialidade é preciso verificar as relações que as conformam” (PORTO-GONÇALVES, 2006, p.179). Neste sentido, podemos inferir que território e sociedade são inseparáveis; por isso, ao propor as políticas públicas os governantes devem pensar nas ações e principalmente como estas chegarão até as pessoas cujo objetivo está proposto. Para isso, é necessário planejar os territórios com cautela observando as redes e os fluxos que a população que visa ser atendida realiza sobre o espaço. É necessário neste sentido, não apenas um território delimitado por relações de poder (Estado) mas também de um território construído. Deste princípio emergem as territorialidades, que segundo Saquet (2013, p.77): “O homem vive relações sociais, a construção do território, interações e relações de poder; diferentes atividades cotidianas, que se revelam na construção de malhas, nós e redes, constituindo o território; manifesta-se em distintas escalas espaciais e sociais e varia no tempo.

Na saúde a territorialização é recomendada pelo Sistema Único de Saúde – SUS com a finalidade de organizar as práticas e ações de saúde da ESF, por exemplo. Contudo, sua instrumentalização tem sido delimitada por uma definição de território que corresponde a uma área demarcada por critérios administrativos e para adscrição de uma comunidade a uma Unidade Básica de Saúde (LIMA, 2016). É necessário então, pensar o território da saúde considerando também os aspectos culturais, de acesso e identidades dos indivíduos. É necessário então, conhecer o território.

Conhecer o território é conhecer o contexto da vida cotidiana das pessoas, no qual esses problemas necessariamente ocorrem. A vida é tecida por relações, e daí a territorialidade da saúde pode ser definida como um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade – espaço – tempo, que determina as condições de saúde dos sujeitos e da população (LIMA, 2016, p.42-43).

Tomemos ainda as palavras de Saquet (2013, p.24) para apenas terminar este panorama sobre o conceito de Território, afinal este assunto não se encerra aqui, pelo contrário, as discussões continuarão e devem continuar, principalmente entre os geógrafos:

O território significa natureza e sociedade; economia, política e cultura; ideia e matéria; identidades e representações; apropriação, dominação e controle; descontinuidades; conexão e redes; domínio e subordinação; degradação e proteção ambiental; terra, formas espaciais e relações de poder; diversidade e unidade.

Ainda este mesmo autor (2013) salienta que para elaborar procedimentos para a investigação, para o ensino e para a realização de projetos de desenvolvimento territorial é necessário entender melhor as concepções e o elo existente entre essas reflexões e a nossa vida cotidiana; se não for feito dessa maneira os projetos continuarão sem considerar a maioria da população, a qualidade da saúde, educação e lazer.

Neste capítulo abordamos os primeiros estudos e pesquisas em saúde, bem como, a consolidação da Geografia da Saúde como um ramo do conhecimento científico. Além disso, trouxemos os conceitos de espaço, território e os estudos de Geografia da Saúde no Brasil. Percebemos que, desde a Grécia Antiga com Hipócrates as pesquisas em saúde já consideravam o ambiente como fator relevante em saúde. Apesar de em alguns momentos desta longa trajetória dos estudos em saúde o meio ter sido desconsiderado por alguns estudiosos, este aspecto permeou a maioria dos estudos já desenvolvidos. Neste início de século XXI os estudos em Geografia da Saúde são desenvolvidos por diferentes estudiosos como epidemiologistas, sociólogos, geógrafos e demais profissionais da saúde que utilizam de

conceitos como espaço e território em seus estudos. No próximo capítulo discutiremos sobre a Política Nacional do Câncer de Próstata no Brasil, bem como a caracterização da área deste estudo.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL

Neste capítulo discute-se as políticas públicas de saúde e aquelas voltadas especificamente para a saúde do homem como a Política Nacional de Controle do Câncer de Próstata. É abordada também a importância da promoção da saúde na prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida da população. Ressalta-se ainda a importância de desenvolver políticas públicas na região de estudo voltadas para a neoplasia de próstata. Apresenta-se ainda os municípios que compõem a microrregião de Pirapora proposta no Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado de Minas Gerais.

3.1 O papel do Estado nas Políticas Públicas de Saúde

Antes de adentrar a discussão a respeito das Políticas Públicas em Saúde se faz necessário abordar o conceito de saúde e sua promoção, bem como o de políticas públicas. O conceito de saúde passou por mudanças ao longo dos séculos. Essas variações conceituais ocorreram devido à realidade econômica, cultural e social. Como salienta Buss (2002, p.1) a saúde “[...] não é uma conquista, nem uma responsabilidade exclusiva do setor saúde. Ela é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em cada sociedade em conjunturas específicas [...]”.

Batistella (2007, p.1) afirma que estabelecer um conceito de saúde é uma tarefa difícil “[...] por envolver diferentes dimensões e aspectos constitutivos”. Por isso, um conceito abrangente de saúde só veio a ser formulado no ano de 1946 com a Organização Mundial de Saúde – OMS. A OMS define a saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença. Esta abordagem considera a saúde como direito universal e dever do Estado na sua proteção e promoção (PETERS, 2013).

Os primeiros conceitos de Promoção da Saúde foram elaborados por Sigerist e Winslow em 1920. Como destaca Guimarães, Pickenhayn, Lima (2014, p.79) Wislon:

[...] defendia que promoção da saúde era parte da saúde pública, que teria como objetivos prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde por meio de esforços comunitários organizados para o saneamento básico e ambiental, educação dos indivíduos, organização dos serviços de saúde para o diagnóstico precoce, o tratamento preventivo de doenças e o desenvolvimento de equipamentos sociais que garantiriam aos indivíduos um padrão de vida adequado à manutenção da saúde na comunidade.

Os estudiosos Leavell e Clark estabelecem o conceito de promoção da saúde descrevendo o padrão da história natural das doenças e apresentam os níveis de prevenção primária, secundária e terciária. A promoção da saúde incluída no nível de prevenção primária não se preocupa apenas com a doença, mas também com as formas de proporcionar melhores condições de vida para as pessoas. Nesta perspectiva, temos a definição de promoção da saúde centralizada no indivíduo, embasada no paradigma biomédico, por isso não consegue atingir a solução sobre doenças que precisam evidenciar a atenção nos estilos de vida do indivíduo, nos ambientes e nas condições sociais (BRASIL, 2007).

O ministro da Saúde canadense Marc Lalonde propõe em 1974 um relatório intitulado “A new perspective on the health of Canadians” (Uma nova perspectiva da saúde de canadenses). Esse documento coloca a saúde como principal fator para os países se desenvolverem social e economicamente (LALONDE, 1974). Neste documento também a Promoção da Saúde propõe mudanças nos estilos de vida do indivíduo. Além disso, considera que o modelo de sistema em saúde existente na maioria dos países gera muitos gastos e, em contrapartida, não era universal.

O Relatório Lalonde mediante o diagnóstico das causas das enfermidades, das mortes e dos fatores que interferem nas condições de saúde no país dividiu os elementos que influenciam a saúde da população em quatro grupos: biologia humana, estilo de vida, meio ambiente e administração dos serviços e saúde.

Muitas foram as contribuições que o Relatório Lalonde proporcionou ao conceito de promoção da saúde. As propostas decorrentes deste documento preconizavam ações essenciais para a solução de problemas, propondo a união dos diversos segmentos da sociedade como: as instituições de saúde; cientistas, pesquisadores e acadêmicos; os profissionais de saúde; o sistema educacional; o setor empresarial e os sindicalistas; os Governos municipais, estaduais e federais e a sociedade em geral. De acordo com Magalhães e Lima (2013):

O moderno sistema de saúde em vigência na atualidade, no Brasil, teve como alicerce as discussões realizadas em diversas regiões do mundo e, principalmente, seguindo a proposta do documento Lalonde (1974), que deu origem, também, às conferências de Alma-Ata e Ottawa, as quais foram determinantes na elaboração de importantes documentos, como a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa, que são a base da saúde pública em quase todos os países do mundo.

Na trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde, no ano de 1977, foi estabelecida como meta entre os governos participantes a garantia de um estado de saúde que proporcionasse aos cidadãos uma vida social e econômica produtiva. Atualmente esta proposta é conhecida como Saúde para Todos no Ano 2000 (STARFIELD, 2002). Esta reunião proporcionou novos fundamentos sobre a atenção primária à saúde sendo estes princípios expostos na Conferência de Alma Ata em 12 de setembro de 1978.

A Declaração de Alma Ata corresponde a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. No seu texto é feita considerações sobre os cuidados primários de saúde e a necessidade de um ambiente saudável, além de considerar a saúde como um direito humano essencial.

Após Alma Ata foram realizadas entre 1986 e 2000 outras cinco importantes conferências sobre a temática Promoção da Saúde: Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsval (1991), Jakarta (1997) e México (2000). Becker (2001, p. 42) afirma que “[...] a partir destas conferências, a promoção da saúde passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde de diversos países”.

No ano de 2002 em Ottawa os ministros da saúde e do meio ambiente do continente americano firmaram o compromisso de desenvolver um meio ambiente mais saudável para todos (GUIMARÃES; PICKENHAYN; LIMA, 2014). No contexto brasileiro a Promoção da Saúde foi sendo incorporada como prática no país a partir de meados dos anos 1980 do século XX. A Reforma Sanitária Brasileira largamente discutida desde a III Conferência Nacional de Saúde (1986) tinham seus objetivos e propostas baseadas na I Conferência de Promoção da Saúde ocorrida em Ottawa no Canadá. Nesta III Conferência Nacional de Saúde:

[...] foi definido que a Saúde não se reduzia a ausência de doença, mas significava a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2014, p.9).

Após esta abordagem sobre saúde e promoção da saúde, discutiremos sobre Estado e políticas públicas. O papel que o Estado exerce em nossa sociedade passou por diversas mudanças no decorrer do tempo. Nos séculos XVIII e XIX, a segurança pública e a proteção contra possíveis ataques rivais era a principal função do Estado. Contudo, as obrigações do Estado se diversificaram principalmente com a disseminação das ideias democráticas. Neste início de século XXI é corriqueiro salientar que a função do Estado é de garantir o bem-estar da população; para atingir este principal objetivo, ele precisa planejar ações e agir em diferentes setores como a saúde e a educação. Para garantir resultados em diversas áreas e promover o bem-estar da sociedade, o Estado utiliza como ferramenta as Políticas Públicas (LOPES; AMARAL; CALDAS, 2008).

Durante praticamente todo o século XX o assunto políticas públicas estava relacionado ao planejamento e ao Estado. Contudo, em 1980, a literatura produzida nos mostra que o Estado Nacional havia entrado em declínio em grande parte do mundo ocidental. Por outro lado, existem autores que abordam as vantagens de o Estado comandar o rumo das nações. Nesse contraponto de opiniões nos meios acadêmicos de vários países é debatido sobre a perda de importância do Estado, do planejamento e das políticas públicas em decorrência dos processos de globalização e do neoliberalismo. Ademais, associa também essa perda de importância às marcas deixadas pelo regime de Ditadura Militar (1964-1985), que trouxe no seu bojo excessiva centralização de poder e controle do Estado Nacional que na maior parte estava nos domínios de um Poder Executivo Federal (STEINBERGER, 2006).

As concepções de políticas públicas e planejamento são próximos e similares. Como salienta Pessoto, Ribeiro e Guimarães (2015, p.16) planejamento pode ser entendido “[...] como a ação estatal por excelência e que tinha por horizonte mais ambicioso a mudança estrutural da sociedade, as políticas públicas não possuíam esse objetivo, tendo uma capacidade transformadora menor”.

A partir da década 1970 as discussões em torno do planejamento foram perdendo espaço para a temática das políticas públicas. As discussões sobre estas temáticas eram sobre a eficiência

de cada uma destas ferramentas de intervenção do Estado. Esse debate se prolongou até os anos 1980, quando foram ressaltadas as potencialidades das políticas públicas como no seu caráter redistributivo ou meramente compensatórias (AUGUSTO, 1989).

Neste início de século XXI vemos a retomada da produção de políticas públicas sob o controle do Estado Nacional Brasileiro. Entretanto, vale ressaltar que, o Estado de agora não pode desconsiderar a existência de vários poderes. Todavia, urge levar em conta que o Estado de agora não pode ser mais aquele que desconhecia a existência de poderes plurais, sejam os federativos ou daqueles provenientes de movimentos populares. Além disso, o planejamento não deve ser aquele cheio de normas e construído por alguns técnicos, em que somente estes são os responsáveis por planejar para todos com base em necessidades criadas a priori. É necessário que o planejamento seja compartilhado entre o Estado e a Sociedade através da formulação de pactos e obrigações firmadas em políticas públicas, cujo objetivo seja melhorar a vida dos cidadãos (STEINBERGER, 2006).

A política pública, como área do conhecimento e disciplina ministrada em universidades, surgiu nos Estados Unidos como subárea da Ciência Política. Contudo, esta temática já era discutida entre os europeus numa perspectiva que concentrava suas análises sobre o Estado e suas instituições. Neste sentido, a política pública europeia emerge de resultados de estudos e pesquisas baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e do governo. Em contrapartida, nos Estados Unidos a política pública surge nas universidades, sem ter quaisquer ligações com as teorias sobre o papel do Estado, com foco direto nas ações governamentais (SOUZA, 2006).

Contudo, as políticas públicas como instrumento na tomada de decisões do governo é oriundo da Guerra Fria e da conseqüente valorização do sistema tecnocrático, onde temos o sistema de organização política e social fundado na supremacia dos técnicos para o enfrentamento dos problemas. O político e empresário americano Robert McNamara foi responsável por principiar no governo estadunidense a política pública. A ideia de utilizar métodos científicos para as definições e decisões do governo no que tange os problemas públicos se dissemina para outros setores do governo, até mesmo na política social (SOUZA, 2006).

A literatura sobre as definições de políticas públicas é vasta. São vários os autores que analisaram e traçaram conceitos sobre as políticas públicas; num âmbito geral, quando os

autores fazem inferências a esta temática “[...] reduzem às ações promovidas pelas instituições de governo no âmbito de um território, como as ações do poder executivo, legislativo ou judiciário” (MATTOS; BAPTISTA, p.84). Conforme Lucchese e Aguiar (2004, p.3):

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

Outras definições destacam a função das políticas públicas para solucionar problemas. Essas definições, por sua vez, sofreram algumas críticas principalmente por superestimar aspectos racionais e procedimentais das políticas públicas. Críticos argumentam que tais definições desconsideram a essência da política pública, ou seja, o conflito de ideias e interesses. Além disso, por convergir a atenção apenas para o papel do Estado, essas definições ignoram o seu caráter conflituoso e as fraquezas e deficiências que cercam as ações decisórias dos governos. Desconsideram também a capacidade de cooperação que podem surgir entre os governos e outras instituições ou grupos sociais (SOUZA, 2006).

Contudo, mesmo as definições de políticas públicas que consideram somente um aspecto dessa ferramenta do Estado nos direcionam para o local onde os conflitos de interesses, preferências e ideias se desenrolam, a saber, os governos. Por isso, a existência de diferentes definições sobre políticas públicas atribui a este conceito uma noção de que o todo é mais relevante do que a constituição de todas as partes e que mesmo que existam diferenças entre fatores como instituições, ideologias e interesses devem ser considerados (SOUZA, 2006). Por essa razão, para estabelecer uma tese geral sobre política pública é necessário combinar com teorias construídas em outros campos do conhecimento como o das ciências sociais e política. Nas palavras de Souza (2006, p.25):

As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos .

Na tentativa de definir políticas públicas os autores Lopes, Amaral e Caldas (2008, p.5-6) a consideram como:

[...] a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam (suas prioridades) são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade. Ou seja, o bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade. Isto ocorre porque a sociedade não consegue se expressar de forma integral. Ela faz solicitações (pedidos ou demandas) para os seus representantes (deputados, senadores e vereadores) e estes mobilizam os membros do Poder Executivo, que também foram eleitos (tais como prefeitos, governadores e inclusive o próprio Presidente da República) para que atendam as demandas da população.

Percebe-se que existe uma diversidade de definições acerca do assunto políticas públicas. Entre os conceitos temos aqueles que abordam de forma sucinta a temática, enfatizando assim, as tomadas de decisões do Estado, aos conceitos mais complexos, que enfatizam não somente a tomada de decisões dos governos, mas também aquelas decisões realizadas por agentes políticos ou grupos de atores, que tem como objetivo solucionar algum problema ou mesmo algo de interesse comum ao grupo (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Por isso, o Estado ao elaborar ou propor uma determinada política pública deve considerar e introduzir nos seus objetivos as necessidades e as solicitações da população. Este aspecto revela o lado democrático que as políticas públicas podem e devem assumir como ferramenta na tomada decisória dos governos (SOUZA, 2006). Contudo, mesmo os governos conhecendo as necessidades de todos os grupos estas não serão todas atendidas conforme as expectativas e anseios dos mesmos. Alguns grupos serão atendidos outras não. Ainda sobre esta abordagem Lopes, Amaral e Caldas (2008, p.7) ressaltam que:

[...] a existência de grupos e setores da sociedade apresentando reivindicações e demandas não significa que estas serão atendidas, pois antes disso é necessário que as reivindicações sejam reconhecidas e ganhem força ao ponto de chamar a atenção das autoridades do Poder Executivo, Legislativo e Judiciário.

Tal circunstância reflete os princípios ideológicos que fundamentam as atividades dos agentes políticos e seus propósitos na formulação de uma política pública, isto é, ficará a cargo dos governantes a relevância que estes atribuirão às questões sociais. Neste sentido, as direções tomadas por “[...] uma política pública devem ser avaliados a partir da prática de negociação dos governos e suas escolhas, tanto materiais como morais” (VIANA; BAPTISTA, 2012, p. 69).

Como resalta Lopes, Amaral e Caldas (2008, p.7) “Para os grupos contemplados o governo terá de formular e desenvolver ações para buscar atender suas expectativas, integral ou

parcialmente”. Os governantes quando se mostram preocupados com a população procuram atender os principais anseios por ela levantados.

As políticas públicas em saúde compõem a área de atuação social do Estado encarregada de melhorar as condições de saúde da sociedade, bem como o ambiente natural, social e do trabalho. Seu principal objetivo consiste em ordenar as funções públicas do governo para a proteção, recuperação e promoção da saúde das pessoas. É um setor que engloba vários temas, não somente os problemas que necessitam de soluções do Estado, mas também os interesses da sociedade e as decisões e resoluções da disputa entre os diversos agentes sociais (LUCCHESI; AGUIAR, 2004).

Contudo foi a definição de Política de Saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde – OMS a mais difundida internacionalmente “[...] e enfatiza o seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população” (FLEURY; OVERNEY, 2012, p. 18).

No país, as políticas públicas de saúde são direcionadas pela Carta Magna promulgada em 1988. Como ressalta Lucchese e Aguiar (2004, p.3) nela estão contidas os “[...] princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional”. No próximo tópico deste capítulo será abordado como foi o movimento reforma sanitária no Brasil e o processo de construção do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a consolidação das neoplasias na saúde pública do país.

3.2 Antecedentes históricos da criação do Sistema Único de Saúde – SUS e a consolidação do câncer na saúde pública brasileira

No início do século XIX, a saúde se torna questão do Estado e diversas intervenções começaram a ser executadas com o intuito de aperfeiçoar e modificar o setor, fazendo com que determinados indivíduos em função de sua vulnerabilidade fossem considerados pelo Estado. Esses sujeitos eram compostos por ladrões, loucos, homossexuais e tiveram atenção

diferenciada pelo Estado pelo suposto perigo que representavam para a sociedade (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

O final do século XIX foi marcado por profundas mudanças na medicina do país, principalmente no ensino desta ciência nas instituições de ensino. Essas mudanças foram motivadas pelas transformações que vinham ocorrendo na Europa nesse período. Os novos paradigmas na ciência da saúde transformaram as antigas formas de curar em saber científico. Mudanças curriculares tornaram o ensino da medicina mais prático substituindo a forma generalizante para um ensino mais especializado; foram estabelecidas novas cadeiras como a oftalmologia, obstetrícia, psiquiatria e outros, além de laboratórios voltados para a prática e pesquisa experimental (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Nesse período o Brasil estava vivenciando o ciclo cafeeiro. Devido a grande produção de café na região Sudeste do país e a riqueza advinda da comercialização desse produto houve aumento no processo de urbanização. O aumento das cidades na região trouxe consigo vários problemas, principalmente o aumento nos casos de doenças como a varíola e a febre amarela. Por isso, o Estado resolveu tomar medidas para tentar erradicar essas doenças e evitar que estas comprometam a economia agroexportadora da época (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Em 1880 começam a chegar os primeiros médicos especialistas em medicina dos micróbios.

A utilização de vacinas e soros, contra as doenças transmissíveis, o isolamento de portadores de doenças contagiosas, as diversas formas de destruição de vetores de doenças transmissíveis – principalmente os mosquitos – e os diagnósticos bacteriológicos foram armas utilizadas pela saúde pública nas grandes campanhas sanitárias ocorridas no início do século XX, que lograram melhorar as condições de saúde das principais capitais do Sudeste brasileiro (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Como podemos perceber a preocupação do Estado no setor saúde se restringia ao controle das epidemias e a garantia de um estado geral de salubridade nas cidades. O estado, até nesse período, “[...] não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, permanecendo com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p.333-334).

Nesse período também ocorreram avanços no campo da cirurgia com a assepsia e as novas técnicas de anestesia. Na área terapêutica as antigas práticas existentes nas últimas décadas do

século XIX como sangrias e cataplasmas se tornaram ultrapassadas. Essas antigas práticas deram lugar aos novos medicamentos baseado nas causas das enfermidades. Todo esse processo de modernização e avanço na eficácia da ciência médica proporcionou maior preocupação com as neoplasias (TEIXEIRA; FONSECA, 2007). Como ressalta

Enquanto isso, as condições de saúde da população se modificavam. Do predomínio das doenças da pobreza (tuberculose, desnutrição, verminoses, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças infecciosas e parasitárias), alcançamos a chamada morbidade moderna (doenças do coração, neoplasias, acidentes e violências). Houve uma redução da mortalidade e da natalidade, assim como um envelhecimento da população. Progressivamente, ocorreram o decréscimo da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescimento de doenças crônicas e degenerativas, além dos traumas (PAIM, 2009, p.31-32).

Atentos a essas mudanças os médicos do país começaram a se interessar pela temática das neoplasias. O contato que alguns profissionais de saúde tiveram com outros profissionais em congressos e simpósios internacionais também contribuiu para esse aumento de interesse⁶. A elite médica brasileira participava destes eventos e preocupava em ter conhecimento sobre os avanços tecnológicos e terapêuticos desenvolvidos principalmente nos países europeus e nos Estados Unidos. Os primeiros trabalhos que foram desenvolvidos sobre as neoplasias no país mostravam sua pouca incidência; motivo explicado nos trabalhos pela ineficiência do processo de detecção da doença (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Em 1904, com a criação da Legislação Sanitária, os governantes do país passaram a ter suportes legais e recursos humanos para inspecionar as condições de higiene e limpeza dos imóveis urbanos e a fabricação, armazenagem, distribuição e comercialização dos gêneros alimentícios. As responsabilidades de fiscalização sanitária dos portos, das atividades laboratoriais, médicas e farmacêuticas, bem como, a sistematização de estatísticas sobre as condições sanitárias da população ficaram a cargo do Governo Federal (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015).

Vale ressaltar que até os últimos anos da década de 1910 as ações realizadas pelo Estado na saúde pública do país estavam voltadas para as epidemias que existiam e que causavam um

⁶A ampliação do interesse dos médicos brasileiros em relação ao câncer se estabeleceu no início do século XX, a partir de seus contatos com a literatura internacional sobre o tema e, principalmente, por sua atuação em congressos médicos internacionais. Até então, a doença frequentava os principais periódicos médicos e as tribunas das sociedades em poucas ocasiões, sempre relacionado a estudos de casos clínicos e a procedimentos cirúrgicos (TEIXEIRA, 2009, p.105).

aspecto negativo no exterior, impedindo assim que estrangeiros viessem para o país. Por todo o território eram constantes as campanhas de vacinação com o intuito de deter essas enfermidades; outras medidas realizadas era a fiscalização nos portos do país para evitar a entrada de navios contaminados e ações de saneamento. Todavia, essas ações se restringiram apenas nas grandes cidades do país. No interior do território as condições de vida da maioria da população eram precárias e a desnutrição, verminoses e malária apresentavam grande incidência (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O surto de gripe espanhola de 1918 e o forte espírito nacionalista vivenciado nos anos iniciais do século XX contribuíram para modificar as ações de saúde até então realizadas. As condições sanitárias no país eram precárias e a realidade do povo sertanejo retratada nos livros de escritores da literatura fez com que surgisse nas elites dos grandes centros urbanos movimentos por melhorias nas condições de saúde das pessoas viventes no interior do país (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No ano de 1919 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP; seu primeiro diretor foi o médico Carlos Chagas. No DNSP as neoplasias foram incorporadas à Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Contudo, apesar dos esforços em inserir a doença na lógica das ações de saúde pública, os resultados não foram satisfatórios pois na Inspeção as ações no combate ao câncer eram limitadas (SANGLARD, 2008; TEIXEIRA, 2009). Vale ressaltar também que:

A atuação da nova Inspeção se restringia ao Distrito Federal e se centrava no estabelecimento de estatísticas mais adequadas de óbitos de câncer. Também previa a execução das providências sanitárias necessárias nos domicílios onde tivesse havido caso de óbito de câncer; a gratuidade dos exames de laboratório necessários aos diagnósticos; organização de uma campanha educativa contra a doença e a fundação de institutos de câncer com fins terapêuticos e experimentais (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p.31).

O câncer nesta época foi inserido na Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas devido os conhecimentos médicos deste período concluírem que as neoplasias e a lepra se assemelhavam principalmente no modo de transmissão (TEIXEIRA, 2009). Entretanto, a medicina voltada para o tratamento do câncer avançava principalmente no conhecimento da radiologia e a eletrocirurgia; essas inovações proporcionaram maior envolvimento dos profissionais de saúde com a doença e fomentaram debates e propostas de atividades voltadas para conter a evolução da doença.

Contudo, o câncer somente foi considerado como problema de saúde pública e incorporado na agenda nacional de políticas públicas após a reforma sanitária de 1920. Em meados de 1920 também teve início as primeiras ações voltadas à formação em cancerologia e para a divulgação e conscientização sobre a doença no meio médico e também para a população em geral (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Com o Decreto nº 4.682 de 1923, conhecida como Lei Eloy Chaves, a assistência médica foi incorporada na agenda de ações do Estado. Este decreto também estabeleceu a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs para os trabalhadores ferroviários; este fato é considerado como marco inicial para o estabelecimento no país da Previdência Social propriamente dita (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996). Todavia, percebe-se que esta normatização não abrangia toda a população brasileira; somente os trabalhadores das empresas de ferrovias tinham acesso ao CAPs (BERTOLLI FILHO, 1996).

Na Segunda República (1930-1945) novas políticas públicas foram instauradas. Isso ocorreu devido ao contexto social da época que estava passando por algumas mudanças como o crescimento econômico do país, principalmente o setor industrial; receio pelo progresso dos ideais comunistas, que trazia no seu bojo luta por melhores salários e melhorias nas condições de serviço dos trabalhadores. O intenso processo de urbanização vivenciado no país fez com que proliferassem nas áreas urbanas aglomerações subnormais com o mínimo ou inexistência de infraestruturas básicas para a garantia de uma boa qualidade de vida. Nesses locais não havia esgotamento sanitário, coleta de lixo, postos de saúde, escolas, praças de lazer, pavimentação e disponibilidade de água tratada para os moradores. Como consequência dessa realidade, houve proliferação de inúmeras doenças nestes locais, fazendo com que médicos e leigos organizassem Associações e Ligas. Foi também neste período que ocorreu um grande incentivo à saúde hospitalar privada, representada pela construção de grandes hospitais como o Hospital das Clínicas em São Paulo (MASSAKO, 1994).

Em 1930 o Estado começa a intervir na saúde, principalmente após a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública – MESP. Foi criada também uma Política Nacional de Saúde embasada em dois principais eixos: saúde pública e medicina previdenciária ligada ao Instituto de Aposentadorias e Pensões – IAPs e suas categorias. Os IAPs foram criados para

substituir as CAPs existentes, tendo sido criados sete destes institutos entre os anos de 1933 e 1945 (SARRETA, 2009; BERTOLLI FILHO, 1996).

Em 1935 foi organizado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro o Primeiro Congresso Brasileiro de Cancerologia. Além de reunir todas as pesquisas que estavam sendo realizadas no país, o evento objetivava também convencer e alertar os responsáveis pela saúde pública do país da necessidade de criação de uma política de controle da doença (TEIXEIRA, 2010).

O Congresso havia colocado ainda mais em evidência a doença; os profissionais de saúde, a imprensa e as autoridades tomaram conhecimento sobre as neoplasias principalmente porque vieram vários especialistas estrangeiros para debater sobre a temática durante o evento. No ano de 1937 houve a reforma do MESP passando a ser denominado de Ministério da Educação e Saúde – MES. Mudanças estruturais foram realizadas após a criação do MES; a primeira delas consistiu na busca de maior controle central das ações de saúde; a outra dispôs em maior atenção aos serviços hospitalares realizado no Distrito Federal (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No ano de 1937, por meio da Lei nº378, foram estabelecidas as Conferências Nacionais de Saúde e de Educação, que tinham por finalidade primordial facilitar para o Governo Federal o conhecimento das ações referentes aos setores de saúde e educação (SARRETA, 2009; ESCOREL e BLOCH, 2005). No ano de 1941 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde – CNS. O Decreto nº6788 estabeleceu os temas que seriam tratados, destaque para as temáticas: organização sanitária estadual e municipal e a determinação de medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento.

No ano de 1941, por meio do decreto de Lei nº3.643 foi criado o Serviço Nacional de Câncer – SNC. Com a fundação deste sistema nacional as neoplasias foram incorporadas definitivamente na agenda de saúde pública brasileira. Como salienta Andrade e Lana (2010, p.112):

[...] a criação do SNC está diretamente ligada à história da estruturação da saúde pública no país, porém a entrada efetiva, na esfera estatal, dos cuidados à doença não se explica apenas pelo percurso histórico local. Essa conformação se relaciona também à conjuntura internacional dos anos 1940, na qual o país intensificou trocas culturais e científicas com os EUA. Nesse período, médicos foram enviados àquele país com o intuito de conhecer e estudar as ações contra o câncer, bem como sua organização hospitalar.

O contexto da Guerra Fria, marcada pela divisão mundial em dois polos: capitalista e socialista, contribuiu para alterar as relações entre o Estado e a Sociedade. Novas demandas sociais foram surgindo e a saída encontrada pelos governantes foi à implantação de uma política pública que já havia sido efetivada nos países desenvolvidos e que estava fundamentada pelo Estado de Bem-estar Social. No Brasil esta política influenciou o Estado a criar ações desenvolvimentistas e de planejamento nas intervenções estatais. O setor saúde, neste contexto, foi encarado como fator econômico associado a outras políticas, sendo assim considerada como um elemento primordial para o progresso econômico do país (SARRETA, 2009).

No final dos anos 1940 o SNC começa a desenvolver importante campanha educativa (FIGURA 02) sobre a prevenção das neoplasias⁷. Isso ocorreu porque os médicos brasileiros que foram para os Estados Unidos estudar vivenciaram as práticas de conscientização da doença que os profissionais estadunidenses desenvolviam no país. Nos Estados Unidos a propaganda contra o câncer era uma atividade altamente disseminada, tanto pelos responsáveis pela saúde pública como pelos órgãos civis, o que impulsionou a adoção desse recurso no combate as neoplasias no Brasil (TEIXEIRA, 2009).

⁷Nos meses de abril, eram elaboradas, em várias capitais de Estados e em algumas grandes cidades, exposições educativas compostas por cartazes, mapas de distribuição da doença, impressos e fotografias de diversos tipos (TEIXEIRA, 2009)

Figura 02: Cartazes educativos da campanha contra o câncer na década de 1940



Fonte: TEIXEIRA, 2009.

A década de 1940 foi marcada não somente pelas campanhas educativas desenvolvidas pelo SNC; neste período também teve início as primeiras ações de prevenção e detecção precoce dos cânceres ginecológicos. Contudo, essas ações não foram postas em prática pelo SNC, mas sim pelos primeiros ambulatorios das faculdades de Medicina. Com a conquista da Ginecologia de uma cadeira autônoma à obstetrícia, começam a ser criados os primeiros centros de atendimento à mulher; estes centros tinham como foco principal à prevenção e o tratamento de problemas ginecológicos. Muitas ações foram desenvolvidas nestes anos iniciais de criação do SNC, contudo, suas atividades foram tímidas durante todo o Governo Vargas. (TEIXEIRA, 2009).

Todo esse processo, em alguma medida, se relacionou à capacidade dos cancerologistas de garantir o monopólio em relação às propostas de políticas públicas para o combate à doença e de mostrar ao Estado a importância de sua atuação profissional no controle de um problema cada vez mais valorizado socialmente (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p.81).

Em 1950, nove anos após a 1ª Conferência, ocorreu a 2ª CNS. Nesta ocasião foram tratados os temas de higiene e segurança do trabalho e a prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e mulheres grávidas. Em meados da década de 1950 houve a criação dos centros sociais rurais; estes centros tinham como objetivo controlar as doenças

mais comuns do ambiente rural, como a erradicação da malária e da doença de Chagas (VASCONCELOS, 1997).

O período compreendido entre o segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954) até o golpe de Estado de 1964 marca o fechamento de acontecimentos importantes para a saúde pública do país e também para a política de combate ao câncer, como a criação do Ministério da Saúde – MS. Mediante a Lei nº1920 (1953) houve o desdobramento do Ministério da Educação e da Saúde em dois novos Ministérios: Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. O Ministério da Saúde tinha como principal função desempenhar as funções que, até aquele presente momento estavam sob responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde – DNS, mantendo, inclusive, a mesma estrutura (SARRETA, 2009).

Além disso, as ações de promoção e amparo a saúde eram realizadas pelo Ministério da Saúde – MS com apoio dos estados, municípios e de instituições financiadas com capitais internacionais. Eram desenvolvidas atividades de educação em saúde, campanhas de imunização e orientações sobre alimentação saudável. O Ministério da Saúde realizava ações de recuperação da saúde através de assistências médicas em alguns hospitais especializados nos setores de tuberculose e psiquiatria. O público alvo destas ações era a parcela da população não inserida no mercado de trabalho; essa mesma população também era atendida nas hospitais universitários e nas Santas Casas de Misericórdia (LUCCHESI, 2004)

O financiamento da saúde até antes da implantação do SUS era uma questão de disputa de recursos em dois ambientes distintos da esfera federal. O primeiro era no âmbito previdenciário com a repartição autônoma dos recursos entre as três áreas, a saber: benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar; isto ocorria porque o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Sinpas não era avaliado pelo Congresso e, na prática, sua formulação não sofria intervenção do órgão orçamentário central. O outro ambiente corresponde ao orçamento fiscal; nesta esfera orçamentária os programas a cargo do Ministério da Saúde – MS disputavam com outros setores como educação, justiça, segurança nacional, transportes, previdência do servidor público e outras responsabilidades da União (CONASS, 2007).

O governo Juscelino Kubitschek (1955-1960) com o seu Plano de Metas ocasionou mudanças no cenário econômico e estrutural da década de 1950. No setor saúde, o então presidente

investiu no controle das doenças que assolavam a maioria da população como a malária, varíola e febre amarela. Esses investimentos nas denominadas “doenças de massa” iam de encontro as propostas desenvolvimentistas pretendidas pelo atual governo. No controle das neoplasias a ação mais significativa empreendida pelo governo JK foi a inauguração da sede própria do Instituto do Câncer. A nova sede do Instituto era moderno, com instalações e aparelhos médicos de primeira linha (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Em 1958 o Distrito Federal começa a produzir exposições itinerantes, utilizando um caminhão do SNC com cartazes e imagens educativas sobre a doença afixados no veículo (TEIXEIRA, 2009). No período compreendido entre os anos de 1960 e 1970 eram escassos os recursos destinados ao financiamento da saúde do país. Devido a esta escassez de recursos grande parcela da população não tinha direito à assistência médica, sendo obrigados assim, a disputar os poucos recursos dos orçamentos públicos destinados ao MS e secretarias de saúde de Estados e municípios ou dependiam de recursos oriundos das instituições caridade, aplicados em serviços prestados por entidades religiosas ou filantrópicas. Além disso, o caráter centralizador dos recursos voltados quase exclusivamente para controle e prevenção de enfermidades transmissíveis acirrava ainda mais os problemas de cobertura da saúde (PIOLA et al, 2009).

Os primeiros anos da década de 1960 foram marcados pela instabilidade política devido à transição para um governo autoritário e repressor. Neste contexto de instabilidade social e econômica houve a perda gradativa dos direitos civis já adquiridos e as propostas dos cancerologistas para as neoplasias também sofreria os efeitos. O Instituto do Câncer enfrentou grave crise “[...] determinada pelo encaminhamento mais geral da política de saúde do período que, navegando na rota contrária de grande parte dos nossos sanitaristas, via na privatização dos serviços o caminho adequado para a melhoria das condições de saúde da população” (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p.103).

Na tentativa de levar serviços de saúde à população carente do país algumas iniciativas foram implantadas como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – Piass, as Ações Integradas de Saúde – AIS e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Essas medidas, de certa forma, impulsionaram à criação do SUS. Entretanto, a exclusão da população pobre do país ainda era predominante na década de 1980 (PIOLA et al, 2009).

Sarreta também fez uma análise sobre o contexto brasileiro na década 60. O país neste período:

[...] era populista, pois o governo fazia apelo a uma ideologia difusa de adesão das massas por meio do nacionalismo, desenvolvimentismo, moralismo e reformismo, o que influenciou substancialmente, durante essas décadas, o modelo de saúde com ênfase na assistência curativa e individual, caracterizado pelo crescimento do hospital impulsionado pela industrialização. Com o desenvolvimento econômico, a implementação da indústria automobilística e a abertura do País para o capital estrangeiro, bem como com o uso do dinheiro da previdência social, algumas empresas começam a construir seus próprios hospitais, surgindo a medicina de grupo – empresas com finalidade de prestar serviços médicos particulares aos empregados de outras empresas que os contratam, marcando o nascimento da assistência médica – a previdência privada (SARRETA, 2009, p.143-144).

No início da década de 1960 ocorreu na cidade de Recife o Congresso de Higiene. Neste evento o ministro da saúde em exercício na década Souto Maior trouxe nova abordagem sobre a saúde que deveria figurar nas políticas públicas que seriam propostas. Essa concepção vinculava as condições de trabalho e vida a situação de saúde da população, além também de relacionar a pobreza com a doença (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Após dez anos de criação do Ministério da Saúde – MS ocorre a 3ª CNS realizada no ano de 1963 no período de 9 a 15 de dezembro. Nesta conferência foi empregada a tese da municipalização, que objetivava descentralizar a execução das ações básicas de saúde, permitindo, desta forma, a flexibilização da estrutura sanitária nacional (CARVALHO, 2002). No entanto, “o movimento da descentralização, da horizontalização, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação da saúde com reformas sociais foi abortado três meses depois pelo golpe militar de 31 de março de 1964” (LIMA; FONSECA, HOCHMANN, 2005, p. 55). Apesar da temática do sistema de saúde de base municipalista ter sido muito abordada nas discussões da conferência, a conjuntura política de ditadura militar dificultou qualquer tipo de descentralização, pelo fato de contrariar os ideais do regime. De início, não houve redução no repasse das verbas para a saúde pública, mas, decresceram até o final da ditadura (BERTOLLI FILHO, 1996).

Com a criação do Instituto de Previdência Social – INPS, em 1966, todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs foram unificados. Esta união corresponde a unificação de todos os benefícios adquiridos até então numa Previdência Social única e a necessidade de aumento no número de hospitais e ambulatórios, pois os existentes pertencente aos antigos IAPs não estavam suportando toda a crescente demanda por serviços médicos requisitada pela população.

No ano de 1967 foi instituído no Ministério da Saúde a Campanha Nacional de Combate ao Câncer – CNCC mediante o decreto nº 61.968. No intuito de fomentar a luta contra o câncer muitas instituições de diversos estados adotaram a Campanha Nacional como a Associação Paulista de Combate ao Câncer, Liga Baiana contra o Câncer, Liga Paranaense contra o Câncer, Núcleo de Combate ao Câncer de Maceió, Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central e demais outras que foram criadas para essa finalidade. A CNCC foi oficialmente inaugurada em 1968 em solene cerimônia no INCA (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

A campanha foi desenvolvida tendo como base um orçamento pequeno; contudo, apesar da falta de recursos, a campanha desenvolveu trabalhos em quase todos os estados do país. As ações educativas desenvolvidas tinham como principal objetivo informar a população sobre a importância da prevenção e detecção do câncer; além de informar os avanços no tratamento da doença (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

O grande desafio para ampla expansão e sucesso da campanha consistia na falta de profissionais de saúde capacitados para lidar com as neoplasias. Por isso, “discutia-se a criação de cursos formais, especializados, e, ao mesmo tempo, a intensificação do ensino de cancerologia no meio médico” (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p.113). Esse problema era discutido nas principais revistas de divulgação do setor saúde como a Revista Brasileira de Cancerologia e a Revista Brasileira de Cirurgia.

No ano de 1967 foi instituído o Plano Nacional de Saúde – PNS. O PNS “[...] procurava canalizar exclusivamente para o Ministério da Saúde as ações de assistência médico hospitalar, até então principalmente sob a órbita da Previdência Social, priorizando a área da medicina assistencial em detrimento da saúde pública [...]” (TEIXEIRA; FONSECA, 2007, p.118). Além disso, houve outras mudanças institucionais. As campanhas sanitárias que estavam sendo desenvolvidas ficaram sob responsabilidade da Secretária de Saúde Pública.

Na década de 1970 a Previdência Social vivenciou período de grande crescimento, tanto na arrecadação de recursos como em cobertura e orçamento. Contudo, a crise econômica vivenciada pelo país nessa época principalmente pela desvalorização dos produtos brasileiros exportados para o exterior aliado a corrupção no pagamento dos serviços tendo como base a Unidade de Serviço – US contribuíram para o desgaste no modelo político adotado no país.

Houve aumento também no número de reclamações da população perante os serviços de saúde pública e também dos serviços previdenciários de atenção médica; as pessoas começaram a reivindicar querendo mudanças, principalmente no modelo de saúde vigente no país (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Nesta conjuntura de reivindicações aflora o Movimento Sanitário; a principal bandeira levantada por este movimento era a mudança no setor saúde. Tiveram apoio de vários movimentos sociais que tinham também como objetivo a luta pelos direitos civis e sociais, bem como dos sindicatos, que passaram a discutir os problemas de saúde enfrentados no país em congressos e seminários. O Movimento Sanitário também era contra as ações realizadas no setor saúde efetuadas pelos governantes do regime militar (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em contrapartida, o governo receoso de que o INPs não suportaria aos fatos de corrupção criou o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS em 1974. Como mecanismo para diminuir a fuga de recursos foi criado também a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV. No ano de 1975, por intermédio da Lei 6229 foi estabelecido o Sistema Nacional de Saúde – SNS. O SNS tinha como principal objetivo diminuir os custos e tornar mais eficaz os serviços de saúde no país (BERTOLLI FILHO, 1996). Um ano após a criação do SNS foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos na Saúde – CEBES. O CEBES teve em sua revista intitulada “Saúde e Debate” um canal permanente de comunicação de sua plataforma e das demandas do movimento sanitário.

No mesmo período (1970) o SNC foi transformado em Divisão Nacional de Câncer – DNC e também foi implantado o Plano Nacional de Combate ao Câncer – PNCC. O PNCC tinha como metas fomentar o ensino e a pesquisa na área oncológica, combater o câncer em todo o país e também formação de corpo técnico capacitado para desenvolver as atividades de radioterapia e diagnóstico precoce do colo uterino (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No ano de 1977, mediante a Lei nº6439/77, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência – SINPAS. O SINPAS regulamentou a separação, por área de atuação, de seus institutos - IAPAS, INPS, INAMPS. O INAMPS ficou responsável por garantir a assistência à saúde do trabalhador segurado da Previdência Social. Dois anos após a fundação do SINPAS

(1979) foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO; esta associação disponibilizou suporte especial à residência em medicina social e preventiva.

As demais CNS realizadas no período de Ditadura Militar ocorreram com pouca participação e perante fortes proibições do governo ditatorial. No Quadro 01 estão elencadas todas as CNS que ocorreram no período de Ditadura Militar no país.

Quadro 01: Conferências Nacionais de Saúde no período de Ditadura Militar

Ano	Conferência	Temática
1967	4ª Conferência Nacional de Saúde	Recursos humanos para as atividades em saúde
1975	5ª Conferência Nacional de Saúde	Institucionalização e execução do Sistema Nacional de Saúde
1977	6ª Conferência Nacional de Saúde	Institucionalização e execução do Sistema Nacional de Saúde
1980	7ª Conferência Nacional de Saúde	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos

Fonte: SARRETA, 2009. Org. MACIEL, E.V.F.

Em 1978 a DNC foi extinta; no seu lugar foi criada a Divisão Nacional de Doenças Crônicas Degenerativas – DNDCD. O DNDCD estava integrado a Secretaria Nacional de Programas Especiais – SNEPS e uma divisão do MS sem recursos orçamentários próprios. Apesar de todas as iniciativas governamentais para reorganizar as ações relativas ao câncer, o INCA continuava com sérios problemas financeiros e também de recursos humanos. Teixeira e Fonseca (2007) fazem uma análise sobre esse período:

A década de 1970 chegou ao fim deixando claro que houve por parte dos gestores de saúde, uma série de iniciativas para intervir na institucionalização das ações neste campo. Vários órgãos foram criados ou reformados, a partir dos que já existiam, no decorrer de um curto período de tempo, acompanhados de programas que refletiam as estratégias políticas para o setor e as prioridades definidas pelas lideranças da área.

O câncer estava aos poucos ganhando destaque político na agenda de prioridades da saúde; fator importante que ajudou no fortalecimento da doença como problema público. Na década de 1980 teve início no país transformações no setor de saúde; estas mudanças visavam fortalecer a atuação regulatória e de provimento direto do Estado (FRANÇA, 1998). O INCA começava a superar as dificuldades financeiras presente nas décadas anteriores. Teve início

um processo de expansão alicerçado por um modelo institucional onde os Ministérios da Saúde da Previdência e Assistência Social compartilhava a gestão do INCA (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

A estratégia adotada pelo Estado como mudança no setor saúde foi as Ações Integradas de Saúde – AIS que visavam principalmente a diminuição das diferenças regionais e também entre as populações viventes nas áreas urbanas e rural. (CORDEIRO, 2004). Vale ressaltar que desde a Segunda República com o governo de Getúlio Vargas até 1980 o modelo de proteção social e assistência médica era o previdencialista; sendo assim: “Quem não contribuía para a previdência estava automaticamente fora da cobertura de serviços e da proteção estatal” (FRANÇA, 1998, p. 83).

O regime miliar teve seu termino no ano de 1985 e no mesmo ano a população é convocada para a eleição indireta para presidente da nação. As lideranças do movimento sanitaria do país ocupam cargos importantes nas instituições responsáveis pela política de saúde. Neste âmbito foi realizada no ano de 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS Como expressão desta nova realidade foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Nas discussões foram debatidos temas como: saúde como direito de cidadania, financiamento em saúde e reformulação do Sistema Nacional de Saúde (ANDRADE, 2007).

Alguns acontecimentos que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde – SUS precisam ser elencados como destaca Andrade (2007):

- ✚ 1987 – Criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS
- ✚ 1987 – Criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS, por meio de Decreto presidencial.

O CONASEMS foi importante agente na luta pela fundação de um Sistema de Saúde no país e pela descentralização das ações e serviços de saúde. No ano de 1988 o Sistema Único de Saúde -SUS foi instituído pela Constituição Federal estabelecida no mesmo ano, bem como todos os direitos sociais como o da saúde foram concebidos constitucionalmente (ANDRADE, 2007).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi criada a Seguridade Social; esta, por sua vez, seria custeada por meio de recursos advindos da União, Estados, municípios, Distrito Federal e das contribuições sociais dos empregadores. Na Carta Magna também é estabelecida a saúde como um direito social e dever do Estado. Ademais no seu artigo 198 é estabelecido no país o Sistema Único de Saúde - SUS (Ministério da Saúde, 2013).

O SUS é a maior política pública de saúde do país; este é financiado com orçamentos oriundos da Seguridade Social, União, Distrito Federal, Estados e municípios. O tamanho deste sistema implantado no país evidencia as atribuições e responsabilidades sociais e também manifesta o desafio de garantir o custeio, necessitando assim, modelo de financiamento capaz de proporcionar sustentabilidade ao SUS, suportar as pressões de custos e de redução da rede de atendimento. Na esfera federal estes recursos serão divididos entre a previdência, a assistência social e a saúde. Este último é regulamentado pelo artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT que, conforme suas atribuições legais estabelecem 30% de repasse do orçamento da seguridade social – OSS para a saúde, excluído o benefício social de seguro-desemprego. Este artigo possuiu validade até a implantação da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO onde previa-se a definição anual do percentual a ser destinado à saúde (Ministério da Saúde, 2013).

Conforme o Art. 5º da Lei 8.080/1990 são objetivos do SUS:

- I – Identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, assim como divulgá-los;
- II - Formular política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, acesso universal e igualitário às ações e serviços em saúde;
- III - Assistir às pessoas através de ações assistenciais integradas e das atividades de prevenção, de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com a implantação do SUS ficou sob a responsabilidade do INCA a formulação das políticas de saúde para o controle do câncer no Brasil. Em 1986 foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer - Pro-Onco, do MS, em substituição à extinta CNCC. No ano de 1990 o programa se tornou Coordenação de Programas de Controle de Câncer, com segmentos de ações baseados no conhecimento e a educação sobre as neoplasias mais incidentes (FURQUIM, 2014).

O cenário econômico do país quando foram instituídos todos esses direitos sociais não era dos melhores; a inflação estava em alta e várias restrições macroeconômicas foram adotadas na tentativa de conter esse aumento inflacionário. O reflexo foi à necessidade das várias áreas do país adotar os novos princípios constitucionais sem necessariamente repassar o aumento previsto por essas políticas. No setor saúde, por exemplo, o repasse previsto de 30% dos recursos da seguridade social não foi respeitado nos anos de 1990 e 1991. Em meio a este panorama econômico foi criado, no ano de 1990, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops.

O Siops tinha como principal objetivo ser um instrumento social responsável pelo acompanhamento financeiro da saúde pública brasileira, com informações das três esferas de governo. Contudo sua implantação ocorreu no ano 2000 resultado da parceria do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República. Após sua implantação o Siops se tornou uma importante ferramenta de coleta de informações sobre as despesas dos Estados, Distrito Federal e municípios em atividades e serviços públicos de saúde. Desde 2006 os dados fornecidos pelo Siops são utilizados pelo Ministério da Fazenda no acompanhamento do estabelecido na Lei de Responsabilidade Fiscal (PIOLA et al, 2009).

No ano de 1996 o governo criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF. Este novo imposto foi criado como possível solução para a crise que assolava o financiamento da saúde no país. Toda a arrecadação deveria ser voltada ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custear ações e serviços de saúde - Artigo 18, da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996 (Ministério da Saúde, 2013).

Após a sua implantação, a CPMF num curto período conseguiu se tornar uma das principais fontes de financiamento do Ministério da Saúde. Conforme Piola et al (2013, p.10-11):

[...] em 1997, já respondia por 27,9% dos recursos. Entre 1995 e 1999 observou-se um pequeno aumento do volume de recursos aplicados pelo MS, em termos reais, a partir da cobrança da CPMF e da destinação de parcela de sua arrecadação para a saúde. Durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007, a CPMF representou em torno de 30% do total dos recursos federais para a saúde.

Com a extinção da CPMF, o Confins assume um papel de destaque no financiamento da saúde no país principalmente após a promulgação da EC no 29/2000. Visando garantir o

custeio da Seguridade Social e também do SUS, a Assembleia Nacional Constituinte criou aportes destinados exclusivamente à previdência, saúde e assistência social e ainda previu a possibilidade de contribuições extras provenientes de impostos. A Carta Magna também estabeleceu que o tesouro das contribuições para a seguridade social só podem ser usados em atividades que envolvam o sistema de proteção social. Além disso, os impostos serão voltados para as diversas ações do governo, até mesmo para preencher o custeio da seguridade social. Determina ainda a obrigatoriedade de estados e municípios se envolverem no financiamento do SUS (Ministério da Saúde, 2013).

A expedição da Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu os percentuais de gastos em Saúde em 12% para os estados e de 15% para os municípios. Todavia, esta norma percentual de aplicação dos recursos da União para a saúde é abandonado, sendo então orientada por um piso mínimo baseado na revisão dos valores de gastos empenhada no ano anterior pela modificação nominal do Produto Interno Bruto - PIB (crescimento econômico mais a inflação).

Durante a década de 1990 a estratégia adotada para o pagamento dos procedimentos médicos realizados era mediante o critério de produção. Esse modelo implantado contribuiu para o aumento dos serviços de radioterapia e quimioterapia no país. Contudo, esses serviços não ofereciam cobertura hospitalar para os pacientes somente assistência ambulatorial. Toda essa estratégia adotada estava em desacordo com os princípios norteadores do SUS de integralidade e universalidade de acesso pois segmentava o tratamento oncológico na alta complexidade, além de delongar a entrada dos pacientes à procedimentos indicados pelos médico para os casos (ALMEIDA FILHO; CECILIO, 2005).

No ano de 1998 foi publicada a Portaria GM/MS nº3.535/98; com a publicação desse novo instrumento jurídico o Estado tinha como objetivos garantir o atendimento integral aos pacientes com câncer, organizar uma rede hierarquizada das unidades que ofertam atendimento pelo SUS e estabelecer novos critérios para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia – Cacons (ALMEIDA FILHO; CECILIO, 2005).

Em 2005 a Portaria GM/MS nº 2.439 inovou a abordagem das neoplasias no país. O câncer foi colocado como problema de saúde pública e ultrapassou a regulamentação dos serviços de alta complexidade; além disso, foram fixadas as bases para elaboração de ampla Política

Nacional de Atenção ao Câncer. A produção do documento foi lenta, pois o Grupo de Trabalho do Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer – ConsInca queria a participação e a concordância das diversas entidades ligadas às sociedades científicas, gestores de saúde e prestadores de serviços. Os principais objetivos previstos pela portaria foram o de fomentar a qualidade de vida e de saúde da população, sistematizar ações que englobam a atenção básica e especializada, além da média e alta complexidade e também as atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, visando garantir o acesso e o atendimento integral.

Em 2011 o governo federal lança o Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer tendo como objetivo principal reduzir a mortalidade pela doença a partir da diminuição do tempo entre o diagnóstico e o tratamento (FURQUIM, 2014; MARQUES, 2015; PORTO, 2014). Um ano após este plano, o governo federal sanciona a lei nº 12.732. No seu artigo primeiro é estabelecido que o paciente com câncer têm o direito de receber gratuitamente perante o SUS todo e qualquer tratamento necessário para a doença. No seu artigo segundo fica também estabelecido que os portador de neoplasia têm direito de receber o primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 dias contados a partir do dia do diagnóstico ou em prazo inferior, dependendo da necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (BRASIL, 2012).

Em janeiro de 2012 foi estabelecida, pela então presidente Dilma Rousseff, a normatização da Lei nº141 que manteve a regra vigente, conforme o qual os gastos mínimos a serem efetuados pela União serão adquiridos da correção dos valores dispostos no ano anterior pela variação nominal do PIB (Ministério da Saúde, 2013).

O aumento no número de casos de câncer nas últimas décadas do século XX e início do século XXI colocaram em evidência a doença. O câncer passa a ser considerado problema de saúde pública e por isso era necessário instituir uma política de âmbito nacional voltado para a enfermidade. Isso ocorre em 16 de maio de 2013 quando foi instituída no país mediante a Portaria nº874 a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, pelo MS. Esta portaria revoga a PT 2.439/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. O principal objetivo do PNPCC é assegurar a redução da mortalidade e a redução na incidência de alguns tipos da doença. Além disso, pretende contribuir na melhoria da qualidade de vida

dos usuários com câncer, através de atividades que promovam a prevenção, detecção precoce e tratamento para os pacientes com câncer (BRASIL, 2013).

A PNPC é estruturada de forma que favoreça a formulação contínua de ações de atenção à saúde através da articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde, que são organizados por sistemas logísticos, sistemas de apoio, regulação e governança da rede de atenção à saúde. Os seus princípios e diretrizes contemplam a prevenção das neoplasias, promoção da saúde, vigilância, monitoramento, avaliação do câncer, cuidado integral, ciência, tecnologia e educação em saúde (BRASIL, 2013).

É necessário ainda melhorar as ações em saúde, principalmente no acesso e garantia ao tratamento dos pacientes de câncer no país. Todavia, apesar do Sistema Único de Saúde trazer como princípios a universalidade de atenção e a saúde como direito de todos, ainda hoje (2017) estes aspectos não foram alcançados, gerando a necessidade de organização dos serviços em nível de territórios (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Contudo, mesmo com todos os seus problemas, o SUS conseguiu melhorar o acesso à atenção básica e avançar na cobertura das vacinações e de assistência pré-natal. Além disso, o sistema conseguiu ampliar os investimentos em relação ao corpo de funcionários/profissionais e de tecnologia, principalmente no empenho em fabricar os produtos farmacêuticos essenciais para o tratamento das enfermidades que mais atingem a população brasileira (PAIM et al, 2011).

Conforme destaca Paim et al (2011) as principais dificuldades enfrentadas pelo SUS são políticas e por isso, somente poderão ser solucionados com o apoio conjunto entre as pessoas e a sociedade. Na próxima seção deste capítulo discutiremos as políticas públicas voltadas para a saúde do homem e também para o câncer de próstata.

3.3 O surgimento das políticas públicas voltadas para o combate ao câncer no país e a Política Nacional de Controle do Câncer de Próstata

É um grande desafio motivar os homens a participarem das ações de saúde. Diversos são os motivos que fazem com que esse público não se preocupe com o seu corpo e com sua saúde. As preocupações e estudos sobre saúde do homem teve seu início na década de 1970. Contudo, por causa dos ideais, teoria e política do movimento feminista que estavam em

evidência nesse período, a abordagem sobre a saúde do homem foi sendo tangenciada e abordada de forma superficial, com estudos apenas de caráter exploratório. Os conceitos elaborados partiam da concepção de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde (SABO, 2000).

Na década de 1980 esse entendimento avança de forma mais consistente, apresentando alteração de terminologia: de estudos sobre a saúde dos homens para estudos de masculinidades. Essas pesquisas produzidas no Brasil e em países da América Latina seguem a tendência dos estudos elaborados nos países europeus e Estados Unidos. Todavia, nos anos 1990 as noções de poder, injustiça e desigualdade de gênero são abordadas com ênfase nos estudos e se consolidam de fato nas abordagens sobre a saúde do homem. Essas noções ainda foram articuladas com outras, tais como raça, etnia, classe social, religião e orientação sexual na finalidade de compreender os processos de saúde e doença dos diversos segmentos do sexo masculino (SABO, 2000).

Em 2007, o então ministro da Saúde José Gomes Temporão, relatou que seria uma de suas metas a implantação de uma política nacional para a assistência da saúde do homem. Um ano após (2008) foi criada na área do Departamento das Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde a Área Técnica de Saúde do Homem (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). Como salienta esses autores (2009, p.662):

No departamento os “homens” passam então a ter um lugar ao lado de outros sujeitos, focos mais antigos de ações de saúde específicas: além das “mulheres”, “adolescentes e jovens”, “idosos”, “pessoas com deficiência”, usuários de serviços de saúde mental e indivíduos sob a custódia do Estado.

No ano de 2008 também foi realizado acordo de cooperação entre o MS e a Sociedade Brasileira de Urologia – SBU com o intuito de diminuir as taxas de mortalidade masculina através da assistência ao homem no sistema público de saúde. O objetivo não era somente capacitar os profissionais do sistema público de saúde a diagnosticar doenças urológicas, mas também colaborar à formulação de campanhas voltadas para a população masculina visando alertar sobre a importância da prevenção e também incentivar os homens a buscar os serviços de saúde. No mesmo (2008) a campanha nacional da SBU foi lançada e o MS apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

O PNAISH busca promover ações de saúde que colaborem para o entendimento da realidade da saúde dos homens nos seus diferentes contextos sociais, político, econômico, culturais e que, considerando os diferentes níveis de organização dos sistemas de saúde locais proporcionem melhor qualidade de vida à população masculina e, conseqüentemente possibilitem aumento da expectativa de vida e redução das taxas de mortalidade por causas passíveis de prevenção e que possam ser evitadas. Por isso, ações em saúde pública são necessárias, principalmente aquelas que buscam sensibilizar e informar o homem sobre o câncer de próstata (PNAISH, 2009).

O câncer de próstata é considerado como neoplasia de desenvolvimento lento de longo período de duplicação celular, sendo que normalmente o tumor necessita de aproximadamente 15 anos para atingir um centímetro. É considerado como câncer da terceira idade, pois manifesta preferencialmente em homens com idade superior a 60 anos. Contudo, o principal desafio referente a essa neoplasia é a falta de conhecimento sobre a história natural da doença. Por isso, é necessário que os profissionais de saúde realizem campanhas preventivas voltadas para o público masculino, sensibilizando-os para adoção de hábitos saudáveis como ter dieta rica em fibras e frutas e com menor ingestão de gordura animal, atividade física e controle do peso corpóreo. Além disso, é fundamental incentivar pesquisas e estudos que trabalhem com a temática do câncer de próstata no país (BRASIL, 2008).

No Brasil, o câncer de próstata representa a primeira causa de óbito por câncer nos homens. As taxas de mortalidade pela doença continuam elevadas, isto provavelmente decorrente do diagnóstico tardio. Este tipo de câncer continua sendo o mais incidente, entre a população masculina, excetuando se o câncer de pele não melanoma (FIGURA 03).

Figura 03: Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária



Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	61.200	61,82	13.940	64,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.960	56,20	18.990	79,37
Colo do Útero	-	-	-	-	16.340	15,85	4.550	19,07
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	17,49	4.430	20,59	10.890	10,54	3.230	13,49
Cólon e Reto	16.660	16,84	5.560	25,80	17.620	17,10	6.210	25,95
Estômago	12.920	13,04	3.130	14,54	7.600	7,37	2.180	9,07
Cavidade Oral	11.140	11,27	2.780	12,95	4.350	4,21	1.230	5,04
Laringe	6.360	6,43	1.600	7,50	990	0,94	320	0,97
Bexiga	7.200	7,26	2.110	9,79	2.470	2,39	830	3,21
Esôfago	7.950	8,04	1.460	6,75	2.860	2,76	610	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.150	5,95	2.170	8,92
Linfoma de Hodgkin	1.460	1,46	450	1,74	1.010	0,93	400	1,33
Linfoma não Hodgkin	5.210	5,27	1.550	7,15	5.030	4,88	1.670	7,02
Glândula Tireoide	1.090	1,08	350	1,27	5.870	5,70	1.800	7,46
Sistema Nervoso Central	5.440	5,50	1.290	5,86	4.830	4,68	1.250	5,20
Leucemias	5.540	5,63	1.370	6,38	4.530	4,38	1.180	4,88
Corpo do Útero	-	-	-	-	6.950	6,74	2.530	10,47
Pele Melanoma	3.000	3,03	840	3,86	2.670	2,59	740	2,96
Outras Localizações	51.850	52,38	11.890	55,45	47.840	46,36	11.820	49,33
Subtotal	214.350	216,48	52.750	245,63	205.960	199,57	61.710	257,55
Pele não Melanoma	80.850	81,66	17.370	80,90	94.910	91,98	21.910	91,65
Todas as Neoplasias	295.200	298,13	70.120	326,51	300.870	291,54	83.620	348,99

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2015

Percebe-se mediante análise da figura, que o câncer de próstata apresenta uma taxa bruta de incidência elevada quando comparada com os outros tipos de neoplasias em homens, sendo 61,82 casos por cem mil homens estimados para o ano de 2016 no Brasil. Dos 650 mil casos estimados de câncer no país para o biênio 2016/2017 no país, 61.200 mil serão casos novos de câncer de próstata, o que representa 28,6% dos casos de câncer em homens (INCA, 2015), como pode ser observado na Figura 04.

Figura 04: Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes no Brasil estimados para 2016 por sexo, exceto pele não melanoma

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
Próstata	61.200	28,6%	Homens 	Mulheres 	Mama feminina	57.960	28,1%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%			Cólon e Reto	17.620	8,6%
Cólon e Reto	16.660	7,8%			Colo do útero	16.340	7,9%
Estômago	12.920	6,0%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Cavidade Oral	11.140	5,2%			Estômago	7.600	3,7%
Esôfago	7.950	3,7%			Corpo do útero	6.950	3,4%
Bexiga	7.200	3,4%			Ovário	6.150	3,0%
Laringe	6.360	3,0%			Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Leucemias	5.540	2,6%			Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%			Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2015

A Figura 02 mostra a distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes em homens e mulheres estimados para o ano de 2016 no país. Observa-se a maior incidência do câncer de próstata na população masculina. Neste sentido, foi criada a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer tem como principal objetivo diminuir a incidência e o número de óbitos em decorrência do câncer no país mediante ações concretas e efetivas de conscientização das pessoas sobre os fatores de risco do câncer. Além disso, objetiva promover a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento e assegurar o acesso a um tratamento justo e de qualidade em toda a nação (INCA, 2002). Para isso:

[...] o Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde responsável pela coordenação e execução desta Política de Prevenção e Controle, vem estruturando, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, programas nacionais de controle do câncer que visam à promoção à saúde, intervenção sobre fatores de risco, detecção precoce, estruturação e expansão da rede especializada de diagnóstico e tratamento do câncer (INCA, 2002, p.7).

O Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata foi instituído mediante o cumprimento da Lei nº10.289 de 2001. No ano de 2002 foi realizado na cidade do Rio de Janeiro reunião de trabalho para entendimento do Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata; este evento contou com a participação de representantes da Sociedade Brasileira de Radioterapia, Sociedade Brasileira de Urologia, do Instituto Nacional de Câncer/MS (áreas de Urologia, Oncologia Clínica, Radioterapia, Cuidados Paliativos, Patologia Clínica,

Anatomia Patológica, Epidemiologia, Prevenção e Detecção Precoce), Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e demais segmentos do setor saúde (INCA, 2002).

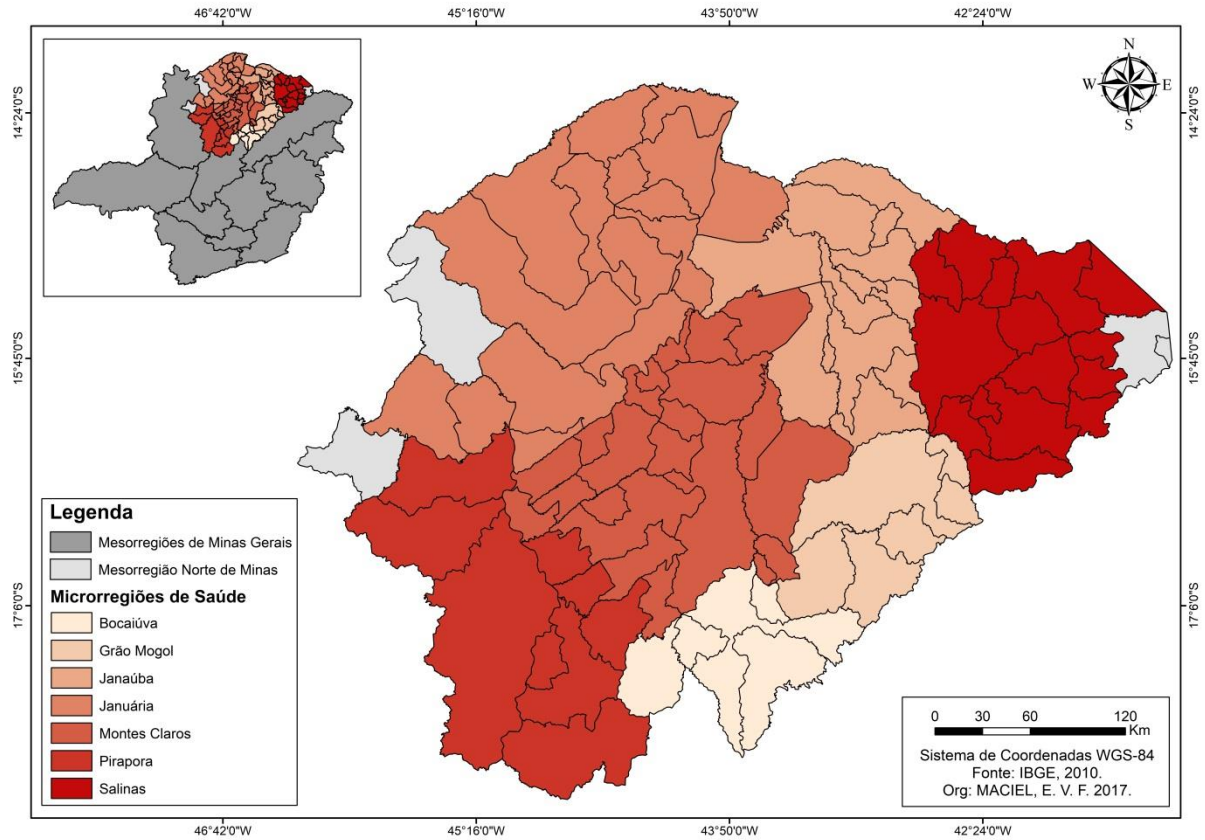
O principal objetivo da Reunião de Trabalho era promover o consenso entre os representantes e profissionais das diversas áreas relacionadas ao câncer da próstata sobre as maneiras de prevenção, diagnóstico e tratamento deste câncer, em todos os seus estágios evolutivos, para auxiliar e contribuir para a execução do Programa (INCA, 2002).

3.4 Olhar sobre a microrregião de Pirapora

A região nos remete a diferenciação de áreas⁸. Para fins deste estudo utilizaremos a divisão regional do Plano Diretor de Regionalização – PDR de Minas Gerais construído baseado na população, seus fluxos na procura de atenção à saúde e nas concepções fundamentais das redes de atenção à saúde. Os municípios estudados neste trabalho, a saber: Buritizeiro, Ibiaí, Lassance, Pirapora, Ponto Chique, Santa Fé de Minas e Várzea da Palma integram a microrregião de Pirapora delimitada no PDR. Nesse plano a referida microrregião pertence a macrorregião Norte de Saúde (FIGURA 05).

⁸ Para saber mais sobre o assunto ver o trabalho de Corrêa (2000).

Figura 05: Localização da microrregião de Pirapora



O PDR utiliza a noção de região como:

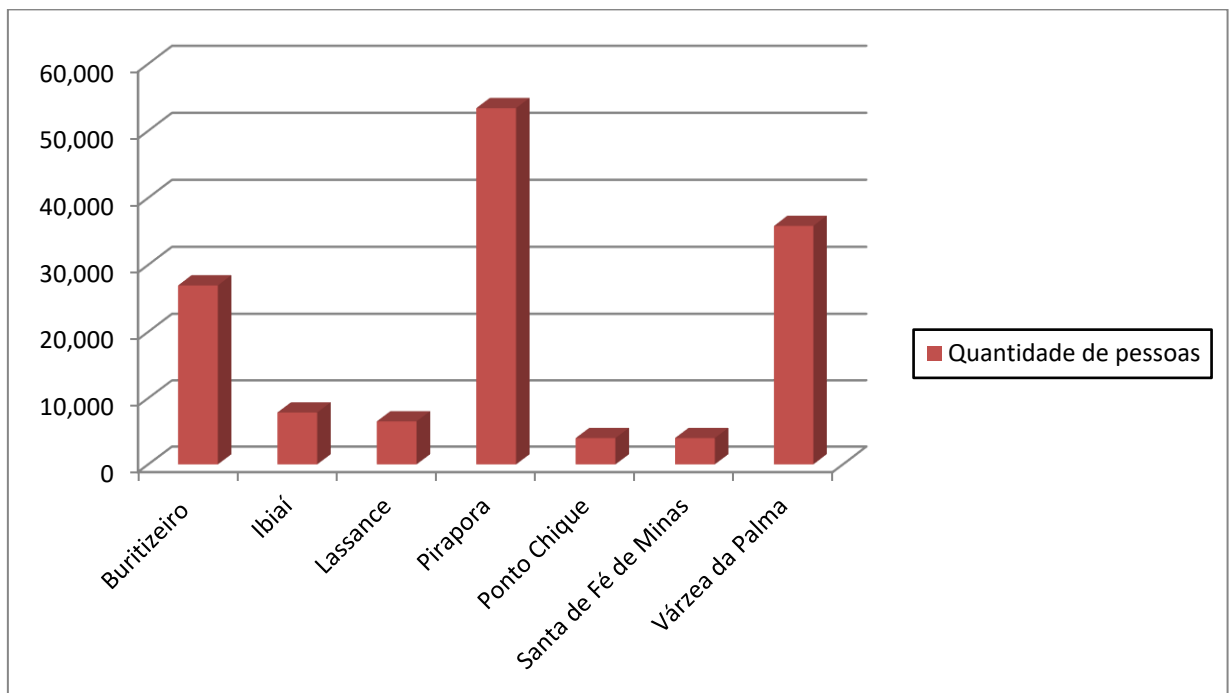
[...] o espaço de relações intermunicipais do SUS. É um espaço territorial, mas, sobretudo, o território de uma população que é base de cálculos para planejamento de saúde. Contudo, não só para cálculos de recursos financeiros e administrativos, mas também cálculos e estratégias que promovam cogestão, governança, sentimento de pertencimento, de identidade, relações de complementaridade, compartilhamento de problemas e interesses. (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010, p.43).

Percebe-se com esta regionalização, além de aspectos administrativos e econômicos, uma preocupação com a identidade que a população tem com a região. O propósito do PDR consiste em fornecer uma base para a gestão e organização dos serviços de saúde em redes, a fim de possibilitar o direcionamento igualitário da elaboração das políticas públicas. O PDR então, é uma ferramenta de planejamento em saúde, pois, estabelece: “[...] uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial” (MALAQUIAS; LELES; PINTO, 2010, p.19). Sua normatização foi estabelecida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/02. Com base no PDR, os 853

municípios de Minas Gerais foram divididos em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde (FIGURA 5).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) a microrregião de Pirapora possui aproximadamente 134.412 habitantes. O município com maior população é Pirapora com 53.379 e em contrapartida, o de menor população é Santa Fé de Minas com 3.979 residentes (GRÁFICO 01).

Gráfico 01: População residente na microrregião de Pirapora por município – 2010



Fonte: IBGE, 2010. Org. MACIEL, E.V.F.

A maior parcela da população reside na área urbana 122.104 habitantes. Pirapora e Várzea da Palma são os municípios que concentram o maior contingente populacional e Santa Fé de Minas o menor (TABELA 02). O motivo da maioria das pessoas residirem nas áreas urbanas está relacionado à cadeia produtiva, mesmo nos municípios cuja agropecuária é a base econômica principal, como é o caso de Buritizeiro (FONSECA, 2016).

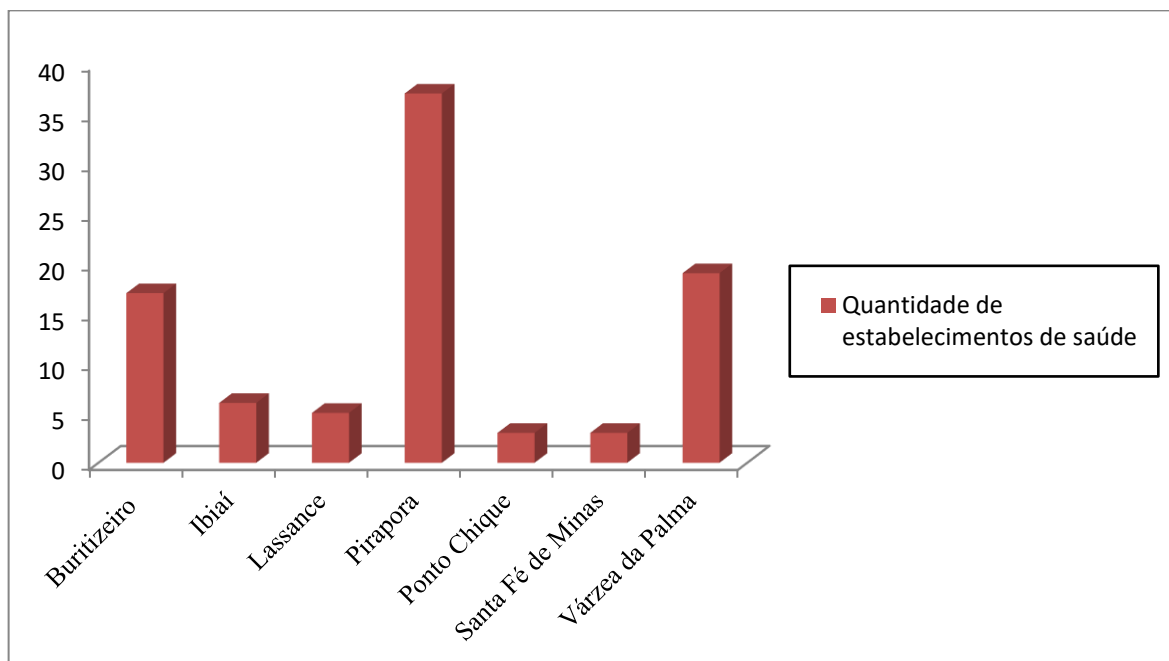
Tabela 02: População Urbana e rural dos municípios da microrregião de Pirapora – 2010

Município	População Urbana	População Rural
Buritizeiro	23.618	3.303
Ibiaí	6.004	1.835
Lassance	3.886	2.604
Pirapora	52.396	983
Ponto Chique	2.581	1.385
Santa Fé de Minas	2.302	1.677
Várzea da Palma	31.317	4.487
Total	122.104	16.274

Fonte: IBGE, 2010. Org. MACIEL, E.V.F.

Na infraestrutura de saúde, a microrregião possui aproximadamente 90 estabelecimentos de saúde que atendem pelo SUS. O município com o maior quantitativo de estabelecimentos é Pirapora, seguido por Várzea da Palma e Buritizeiro (Gráfico). Contudo, existem dois municípios que possui apenas três estabelecimentos de saúde atendidos pelo SUS, a saber, Ponto Chique e Santa Fé de Minas (GRÁFICO 02).

Gráfico 02: Número de estabelecimentos de saúde que atendem pelo SUS na microrregião de Pirapora - 2010



Fonte: IBGE, 2010. Org. MACIEL, E.V.F.

Percebe-se nos municípios da microrregião existência de infraestrutura de saúde; todavia, esse aparato atende somente os casos de urgência e emergência, atenção básica e o Programa Saúde da Família. Os casos de média e alta complexidade são atendidos na cidade de Montes Claros mediante consórcio de saúde assinado entre os municípios. Os municípios pertencentes a microrregião de Pirapora são atendidos mediante Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco – CISMESF e, quando os pacientes são diagnosticados com câncer são encaminhados para os hospitais de Montes Claros Dilson Godinho e Irmandade Nossa Senhora das Mercês para realizar o tratamento da doença; este encaminhamento é feito mediante cotas estabelecidas pelo próprio consórcio em parceria com o município. Neste sentido, como salienta Pereira (2007, p.140):

O espaço da saúde, na cidade de Montes Claros, apresenta um grande destaque, devido à organização e à existência de serviços médicos especializados e uma rede de hospitais e clínicas interligadas, sendo referência regional. É possível identificar sedes de empresas de seguro saúde, seguindo a lógica nacional do sistema de saúde privada.

Devido a uma elevada demanda por serviços médico-hospitalares na cidade de Montes Claros, muitos serviços ficam prejudicados e apresentam redução na sua qualidade devido a infraestrutura inadequada para atender um elevado contingente populacional que necessitam dos serviços. Por isso, “[...] Os erros são constantes, demora no diagnóstico, falta de análise correta dos exames, medicamentos suspensos pelos técnicos de enfermagem ainda que estejam prescritos pelos médicos, colocando em risco a vida do paciente” (MAGALHÃES, 2013, p. 151).

Os municípios da microrregião de Pirapora apresentam esgotamento sanitário falho, pois apenas a minoria dos domicílios dispõe deste tipo de serviço. Alguns municípios apresentam um cenário preocupante com menos de 2% dos domicílios com esgotamento sanitário, a saber: Santa Fé de Minas (1%) e Ibiaí (1,9%). Ponto Chique, Pirapora e Várzea da Palma são os municípios com o maior percentual de domicílios com esgotamento sanitário, todavia ainda não conseguiu atender metade dos seus domicílios com este tipo de serviço (TABELA 03).

Tabela 03: Percentual de domicílios com esgotamento sanitário adequado na microrregião de Pirapora – 2009

Município	%
Buritizeiro	4,3%
Ibiaí	1,9%
Lassance	3,8%
Pirapora	18,6%
Ponto Chique	24,8%
Santa Fé de Minas	1%
Várzea da Palma	12%

Fonte: IBGE, 2010. Org. MACIEL, E.V.F.

A maioria dos domicílios apresenta água encanada. Entretanto, no município de Santa Fé de Minas aproximadamente 29% das residências não possui este tipo de serviço; situação preocupante, pois representa percentual elevado de famílias. No âmbito geral nenhum município da microrregião ainda conseguiu atender todos os domicílios com água encanada; Pirapora e Várzea da Palma estão perto de ter cobertura universal de água encanada em todas as casas (TABELA 05).

Tabela 04: Percentual da população em domicílios com água encanada e coleta de lixo na microrregião de Pirapora – 2010

Percentual da população em domicílios com água encanada e coleta de lixo na microrregião de Pirapora		
Municípios	Água Encanada (%)	Coleta de Lixo (%)
Buritizeiro	93,06%	88,78%
Ibiaí	81,32%	78,62%
Lassance	83,79%	92,49%
Pirapora	98,17%	98,23%
Ponto Chique	80,15%	86,17%
Santa Fé de Minas	71,09%	43,98%
Várzea da Palma	95,04%	97,24%

Fonte: IBGE, 2010. Org. MACIEL, E.V.F.

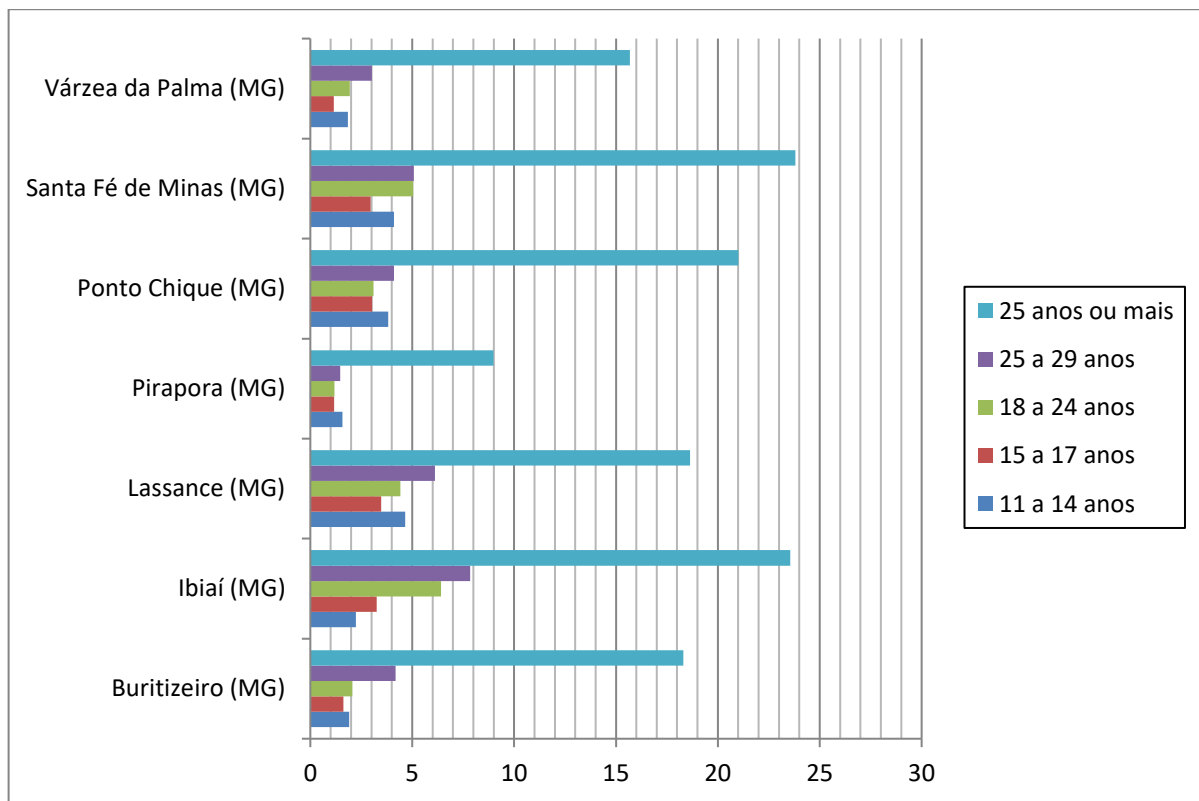
A coleta de lixo nos municípios que integram a microrregião de Pirapora é realizada na maioria das residências. Contudo, nenhum município ainda conseguiu recolher o lixo domiciliar em todas as casas. Se observarmos os percentuais de domicílios onde não é realizada a coleta de lixo percebe-se que existem muitas casas onde não é recolhido o lixo (TABELA 06).

A educação na microrregião apresenta algumas melhorias, principalmente quando se observa as taxas de analfabetismo nos municípios de acordo com a faixa etária. Como se observa no Gráfico 03 a maioria dos analfabetos se faz presentes na faixa etária de 25 anos ou mais e, em contrapartida, os índices menores de analfabetos estão nos grupos de idade compreendidos entre 15 a 24 anos. Isso revela que as ações conjuntas dos governos federal, estadual e municipal estão contribuindo para melhorar o acesso, a qualidade e a infraestrutura da educação. É importante ressaltar que para o Ministério da Educação somente são considerados analfabetos aqueles acima de 15 anos de idade.

Contudo, ainda é necessário avançar, pois ainda existe uma parcela da população que, por fatores diversos, não tiveram acesso a educação de qualidade. Nesse sentido, se faz necessário planejar ações que contemplem esse grupo. Exemplo de ação visando atender àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no Ensino Fundamental e Médio na idade de direito é o Programa Educação de Jovens e Adultos – EJA. A idade mínima para matrícula em cursos do EJA é de 15 anos para o Ensino Fundamental e no Ensino Médio é de 18 anos.

Os grandes entraves para o bom andamento dos programas de educação voltados para jovens e adultos é que o Estado não considera isto como problema, dificultando assim, as ações contínuas para esse público.

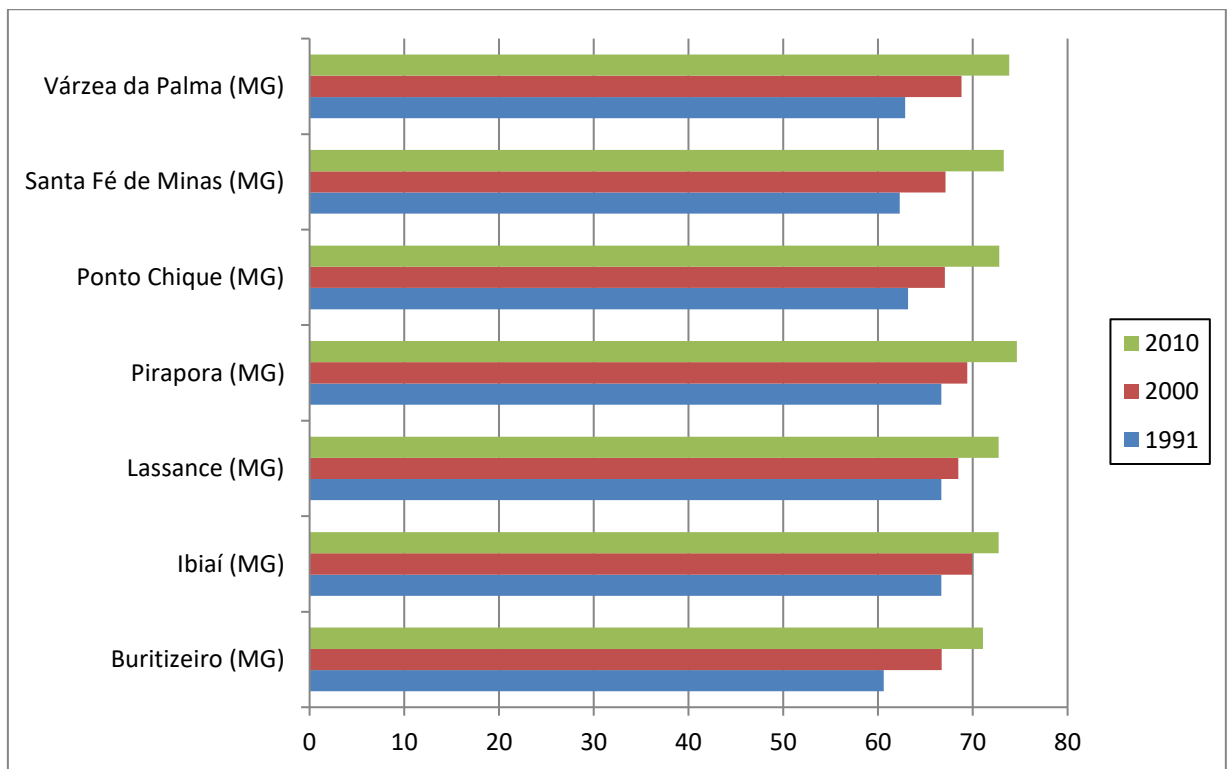
Gráfico 03: Taxa de Analfabetismo dos municípios que integram a microrregião de Pirapora (2010)



Fonte: IBGE, 2010. Org. MACIEL, E. V.F.

A expectativa de vida ou esperança de vida ao nascer em todos os municípios que compõem a microrregião está acima dos 70 anos de idade (GRAFICO 04). Isso é reflexo da melhoria no acesso aos serviços de saúde e nos investimentos feitos no setor nos últimos anos. Contudo, ainda é necessário que ocorra melhorias, principalmente nas ações de promoção da saúde e na atenção básica. É necessário que haja investimentos também em outros setores como na educação e saneamento básico.

Gráfico 04: Esperança de Vida ao nascer dos municípios que integram a microrregião de Pirapora



Fonte: IBGE, 2010. Org. MACIEL, E.V.F.

No próximo capítulo será abordada a incidência e ocorrência do câncer de próstata na microrregião de Pirapora. Além de analisar quais as principais dificuldades e barreiras encontradas pelos pacientes no acesso ao tratamento e na informação.

4. A GEOGRAFIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA MICRORREGIÃO DE PIRAPORA

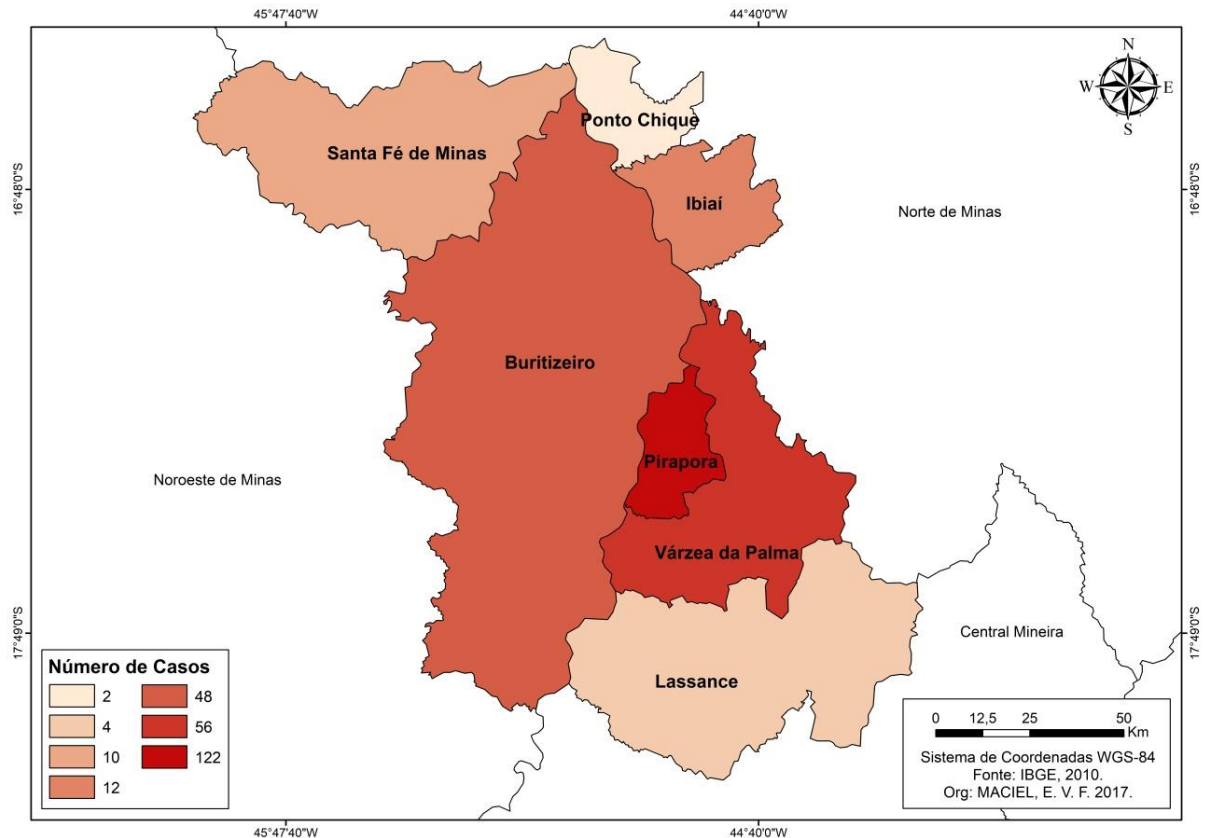
Neste último capítulo são expostos os resultados obtidos mediante a espacialização dos casos novos de câncer de próstata registrados na microrregião de Pirapora nos anos de 2004 a 2014. Evidenciam-se os municípios de maior e menor ocorrência e incidência da doença na microrregião. São apresentados também os resultados dos trabalhos de campo realizado nos sete municípios pertencentes à microrregião de Pirapora. No final do capítulo, relacionam-se as barreiras de acesso aos serviços de saúde com os obstáculos que os usuários encontram aos serviços de saúde na citada microrregião.

4.1 Espacialização dos casos de câncer de próstata na microrregião de Pirapora

O câncer de próstata ainda é uma doença que demanda muitos estudos, suscitando diversos questionamentos e incertezas sobre a mesma, pois diversos questionamentos e incertezas existem sobre a doença. Muitos avanços já ocorreram, principalmente através de leis e portarias estabelecidas pelas entidades públicas, Contudo, mesmo com a judicialização da assistência oncológica que prevê acesso mais equitativo e igualitário aos serviços de saúde, o que notamos na microrregião são disparidades no acesso aos serviços e no atendimento, distanciando assim, do que está proposto e da realidade vivenciada pelos homens portadores de câncer de próstata na microrregião de Pirapora.

Percebe-se na microrregião de Pirapora falta de conhecimento sobre a doença aliado a escassez de recursos, de campanhas efetivas de prevenção e informação, além de profissionais capacitados para facilitar o diagnóstico precoce e tratamento adequado para os pacientes acometidos pelo câncer de próstata. O número de casos de câncer de próstata na microrregião vem aumentando em todos os municípios pertencentes à microrregião apresentam registros, embora em números variados. A Figura 06 mostra a espacialização dos casos novos de câncer de próstata na microrregião de Pirapora/MG entre os anos de 2004 a 2014.

Figura 06: Ocorrência de casos de câncer de próstata na microrregião de Pirapora – 2004 a 2014

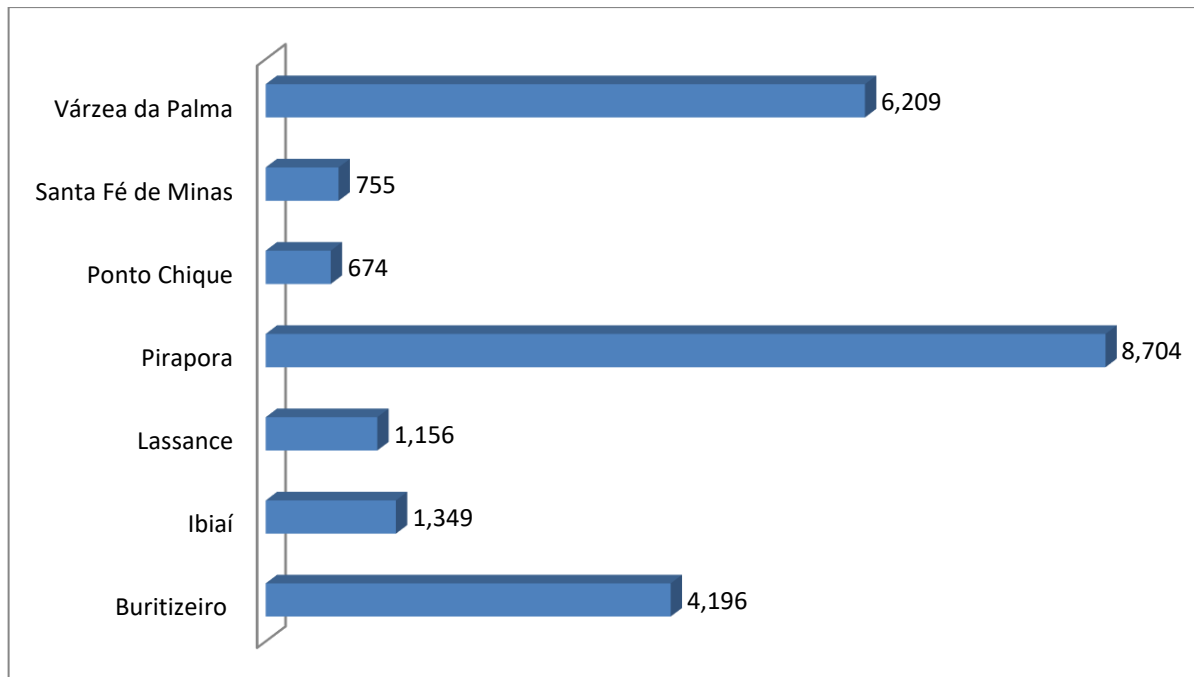


Através da análise feita da Figura 06 percebe-se que o município de Pirapora é o que apresenta a maior parcela de registros de câncer de próstata no período de 2004 a 2014, com 122 casos da doença, seguido de Várzea da Palma e Buritizeiro com 56 e 48 casos registrados respectivamente. Isso se justifica devido estes três municípios serem os que apresentam maior população na microrregião conforme o Censo Demográfico do IBGE realizado em 2010. Em contrapartida, o município de Ponto Chique foi o que apresentou o menor quantitativo de casos registrados de câncer de próstata na microrregião.

Os municípios de Pirapora, Várzea da Palma e Buritizeiro são os que apresentam maior quantitativo de homens na microrregião, inclusive na faixa etária selecionada para a pesquisa, o que reflete também nos registros de câncer de próstata, pois, nestes municípios a ocorrência da doença apresenta um número maior quando comparado com os demais municípios.

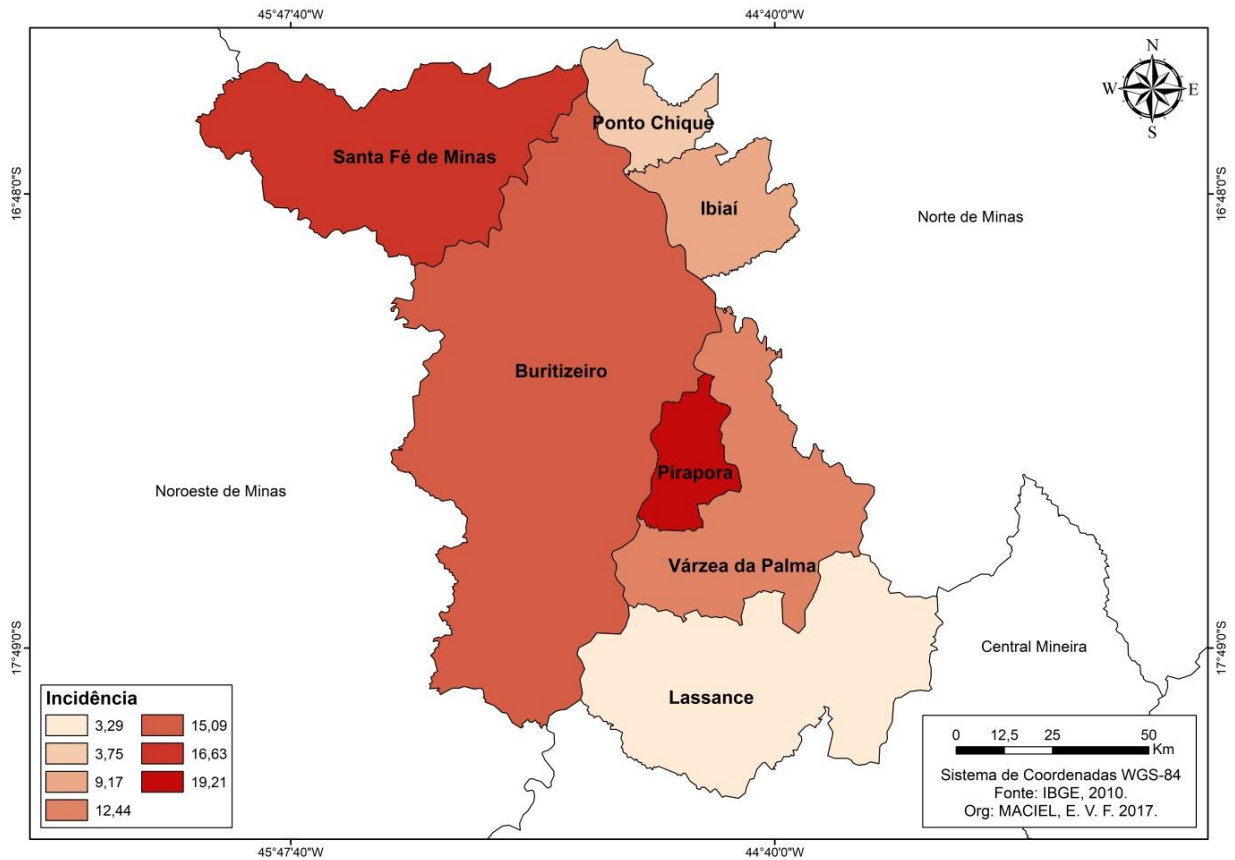
Os municípios de Pirapora e Várzea da Palma são os que apresentam maior contingente populacional quando selecionado apenas a população masculina acima de 50 anos, como pode ser observado no Gráfico 05.

Gráfico 05: População masculina a partir de 50 anos de idade em 2014



O quadro se mantém praticamente o mesmo quando se relaciona a quantidade de casos novos registrados com o quantitativo populacional de cada município, como se pode observar na Figura 07. Para efetuar o cálculo da taxa de incidência optou-se por empregar a média da população masculina por município no período da pesquisa, na faixa etária que os profissionais de saúde aconselham começar a realizar os exames preventivos da doença. Após, o número de casos novos registrados da doença em cada município foi dividido pela população elegida na pesquisa e multiplicada por uma potência de 10, no caso o número 100; este foi selecionado por melhor se adaptar ao quantitativo populacional selecionado ao trabalho.

Figura 07: Taxa de incidência do câncer de próstata, por 100 homens, na microrregião de Pirapora – 2004 a 2014.



É possível observar através da Figura 07 que o município de Pirapora também apresenta a maior taxa de incidência de câncer de próstata na microrregião com uma taxa de 19,21/100 homens. O segundo município com a maior taxa de incidência é Santa Fé de Minas com 16,63/100 homens. Os demais são Buritizeiro (15,09/100), Várzea da Palma (12,44), Ibiaí (9,17/100), Ponto Chique (3,37/100) e Lassance (3,29/100) respectivamente. Apesar do município de Santa Fé de Minas não apresentar maior quantidade de casos absolutos de câncer de próstata este está entre os municípios com maior incidência da doença entre 2004 a 2014; lembrando que este município está também entre os que apresentam baixo quantitativo de população masculina na região, como pode ser visualizado anteriormente no Gráfico 5.

A seleção deste grupo etário para o cálculo de incidência de câncer de próstata neste trabalho se justifica pelo fato de a Sociedade Brasileira de Urologia recomendar a todos os homens começarem a realizar os testes preventivos para o diagnóstico da doença aos 50 anos de idade para aqueles que não possuem histórico na família e 45 anos para aqueles que têm histórico na família e estão inseridos no grupo da raça negra. A análise dos dados registrados de câncer de

próstata na microrregião ratifica tal recomendação, pois a maior parcela dos casos registrados é de homens que se enquadram na faixa selecionada na pesquisa, como está disposto na tabela 05.

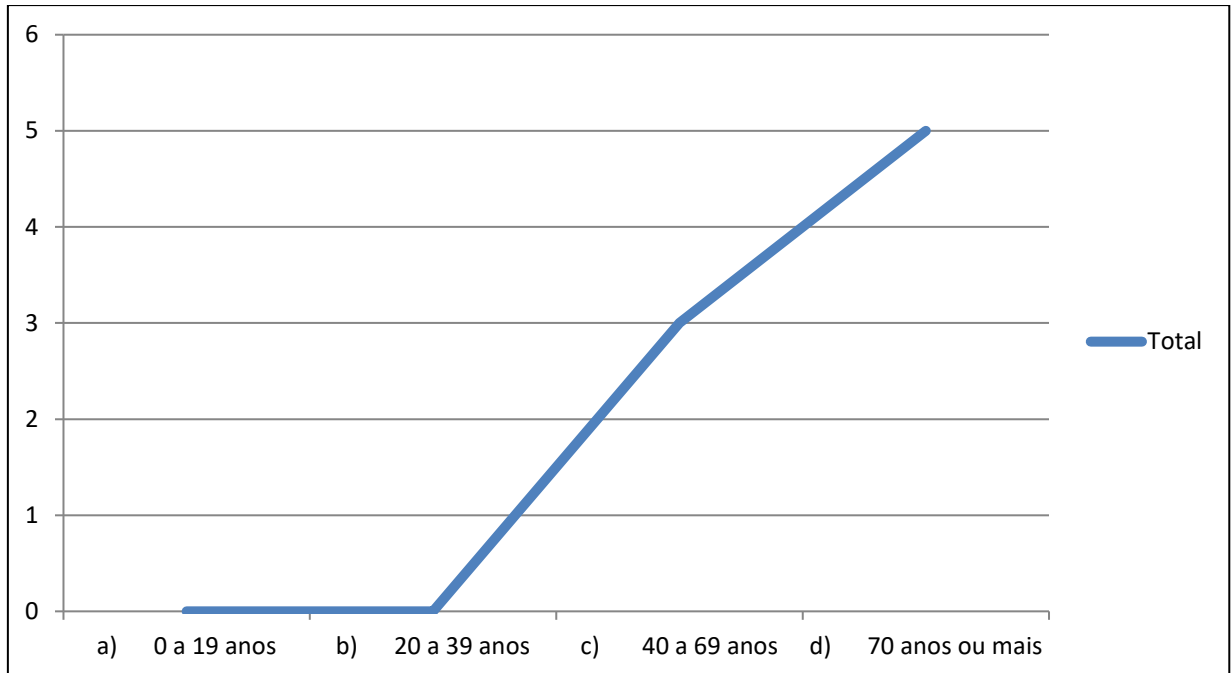
Tabela 05: Ocorrência de câncer de próstata na microrregião de Pirapora por faixa etária – 2004 a 2014

Faixa etária	Número de Casos
30 a 39 anos	1
40 a 49 anos	5
50 a 59 anos	32
60 a 69 anos	107
70 a 79 anos	85
80 anos ou mais	24
Total de casos	254

Fonte: RHC Santa Casa/MOC; RHC Dílson de Quadros Godinho/MOC, 2016.
Org.: MACIEL, 2017.

Foram registrados 254 casos de câncer de próstata no período de 2004 a 2014 nas duas instituições hospitalares credenciadas para o atendimento oncológico na microrregião de Pirapora, sendo 135 casos registrados no Hospital Santa Casa e 119 no Hospital Dílson de Quadros Godinho. É possível constatar através da tabela 07 que a faixa etária em que ocorre a maior parcela de casos registrados da doença envolve homens de 60 a 69 anos, seguida pela população masculina de 70 a 79 anos de idade. Nas faixas etárias compreendidas entre os homens de 30 a 49 anos não houve muitos casos registrados. Contudo, as demais faixas etárias somadas obtiveram o registro de 248 casos, representando mais de 90% do total de casos notificados no período da pesquisa. A faixa etária dos entrevistados também segue essa mesma tendência descrita acima como podemos visualizar no Gráfico 06.

Gráfico 06: Faixa etária dos usuários que aceitaram participar da pesquisa



Fonte: Coleta direta
Org.: MACIEL, 2017.

Quando se analisa os registros de casos de câncer de próstata por município em cada ano observa-se que apenas os municípios de Buritizeiro, Pirapora e Várzea da Palma apresentam registros de casos em todos os anos da doença (TABELA 06).

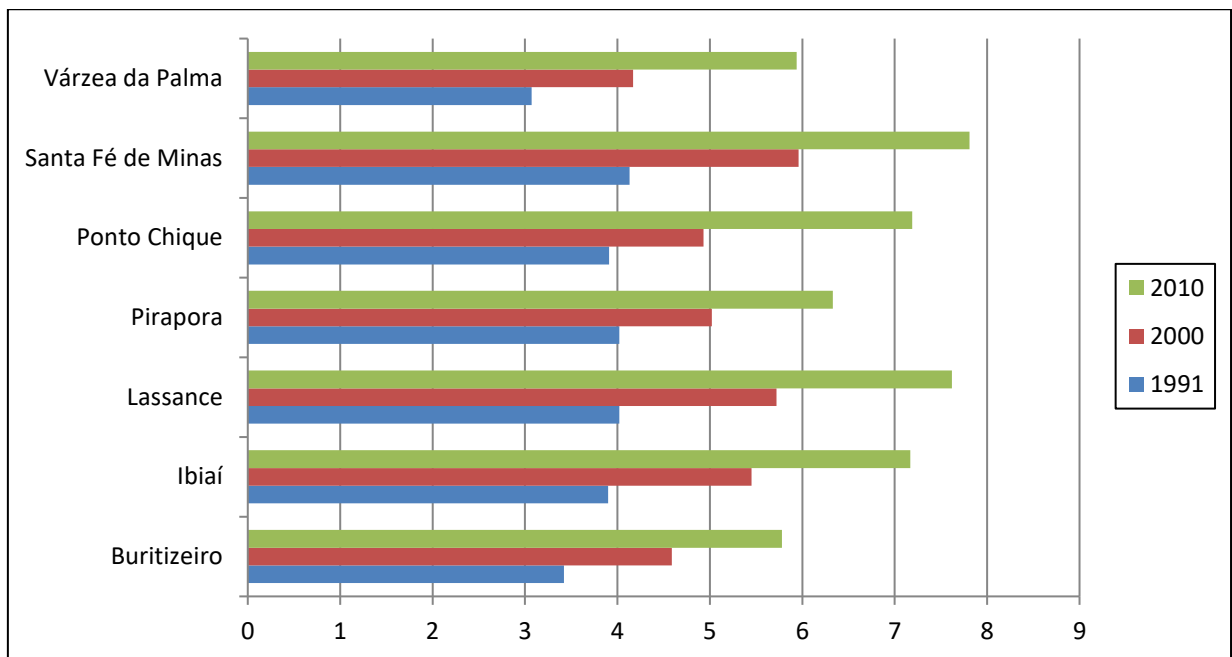
Tabela 06: Registros de casos de câncer de próstata na microrregião de Pirapora de 2004 a 2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Buritizeiro	1	1	2	1	3	4	5	13	6	5	7
Ibiaí	-	2	1	-	-	-	-	-	2	2	5
Lassance	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Pirapora	5	3	4	5	8	19	9	9	12	14	34
Ponto Chique	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Santa Fé de Minas	-	1	-	-	-	1	1	2	4	-	1
Várzea da Palma	3	6	2	4	2	2	7	5	8	12	5
TOTAL	9	13	9	10	13	27	22	30	32	35	54

Fonte: Coleta direta
Org.: MACIEL 2017.

Os fatores idade e envelhecimento da população são considerados de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata. No gráfico 07 estão expostas as taxas de envelhecimento dos municípios pertencentes a microrregião de Pirapora.

Gráfico 07: Taxa de envelhecimento por município na microrregião de Pirapora nos anos de 1991, 2000 e 2010



Fonte: IBGE 1991, 2000 e 2010.

Pela análise do Gráfico 07 percebe-se que as taxas de envelhecimento dos municípios que compõem a microrregião de Pirapora apresentaram aumento quando comparadas com os anos 1991 e 2000. Observa-se que o município de Santa Fé de Minas apresentou o maior índice de envelhecimento no ano de 2010 na microrregião e também uma elevada taxa de incidência da doença no período considerado. Contudo, o município de Pirapora que apresentou a maior incidência da neoplasia de próstata para o período da pesquisa não apresenta a maior taxa de envelhecimento. Na sequência será discutido o espaço da saúde nos municípios da microrregião de Pirapora e o resultado das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde.

4.2 O espaço da saúde nos municípios da microrregião de Pirapora e o atendimento à população masculina

O trabalho de campo teve início no município de Pirapora; nesse município foram visitados o Centro de Especialidades Médicas – CEM, o hospital Doutor Moisés Magalhães Freire e a sede do consórcio intermunicipal atuante na microrregião CISMESF (FIGURA 08). No CEM Pirapora foi entrevistado a enfermeira responsável. Quando questionada sobre o tratamento do câncer de próstata no município a mesma salienta que: “*Não é realizado o tratamento*

(quimioterapia e radioterapia) no município, são encaminhados para Montes Claros via TDF (tratamento fora do domicílio). Sendo realizadas no município intervenções cirúrgicas. Além do rastreamento através de biopsias, exames laboratoriais, e intervenções cirúrgicas”.

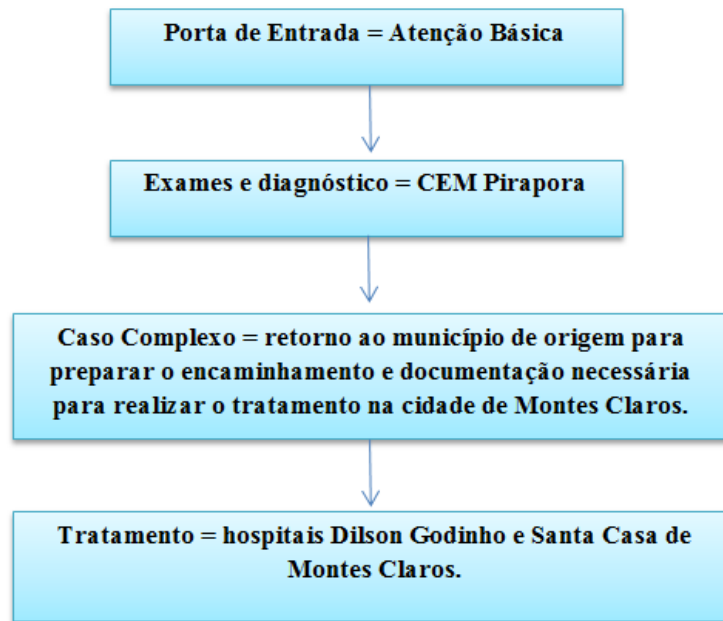
Figura 08: Centro de Especialidades Médicas – CEM Pirapora e a Fundação Hospitalar Dr. Moisés Magalhães Freire



Fonte: MACIEL, 2017.

O tratamento da doença não é realizado no município de Pirapora, sendo necessário o deslocamento dos pacientes até o município de referência, no caso em Montes Claros, para realizar os procedimentos necessários. O fluxo de atendimento da população masculina em Pirapora tem como porta de entrada a atenção básica e, posteriormente, se diagnosticado alguma suspeita da doença é realizado os exames de diagnóstico no CEM do próprio município; se algum paciente for diagnosticado com a doença este é encaminhado para os hospitais referência na cidade de Montes Claros (FIGURA 09).

Figura 09: Fluxo de atendimento à população masculina na microrregião de Pirapora



Fonte: Coleta direta
Org.: MACIEL, 2017.

Os principais avanços ou progressos no que tange a prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de próstata no município elencadas pela enfermeira: *“Em relação a prevenção vem melhorando, através dos ESFs. Com a abertura do CEM, contou-se com 2 urologistas, além da oferta de exames, que consegui uma detecção precoce de diagnósticos e início mais rápido ao tratamento com a parceria em Montes Claros.*

A entrevistada citou como política pública para o enfrentamento da doença no município a Política Nacional de Saúde do Homem. Contudo, a mesma salienta que é necessário melhorar o acesso e a divulgação. Na opinião da enfermeira entrevistada as principais dificuldades encontradas para o enfrentamento do câncer de próstata nesse município e quais estratégias poderiam minimizar essas dificuldades seria: *“Maior sensibilidade ao público masculino em procurar as unidades de saúde. Aumento do número de exames ofertados, para uma resposta ainda mais rápida há um possível diagnóstico”.*

Quando questionada sobre as medidas que poderiam ser realizadas para melhorar o acesso aos serviços de saúde a enfermeira salienta que os tratamentos de quimioterapia e radioterapia poderiam ser realizados no próprio município, o que facilitaria para os pacientes, em relação a

locomoção. Sobre os desafios a profissional enfatiza novamente os tratamentos que não são realizados no município.

No município de Buritizeiro foi visitado uma Unidade Básica de Saúde, o Centro de Especialidades do município (FIGURA 10) e a Secretária de Saúde. Em entrevista realizada com secretário de saúde do município de Buritizeiro quando questionado sobre os recursos destinados para o tratamento do câncer de próstata no município, esta afirma que:

O recurso não é específico somente para a próstata. É feito um repasse do Estado para tratamentos diversos chamados de média e alta complexidade no caso onde o câncer de próstata se encaixa. O município pactua com outros centros maiores os serviços de atendimento de média e alta complexidade. O estado repassa o recurso direto para os municípios que foram pactuados.

Figura 10: Centro de Especialidades de Buritizeiro e Unidade Básica de Saúde localizada no mesmo município.



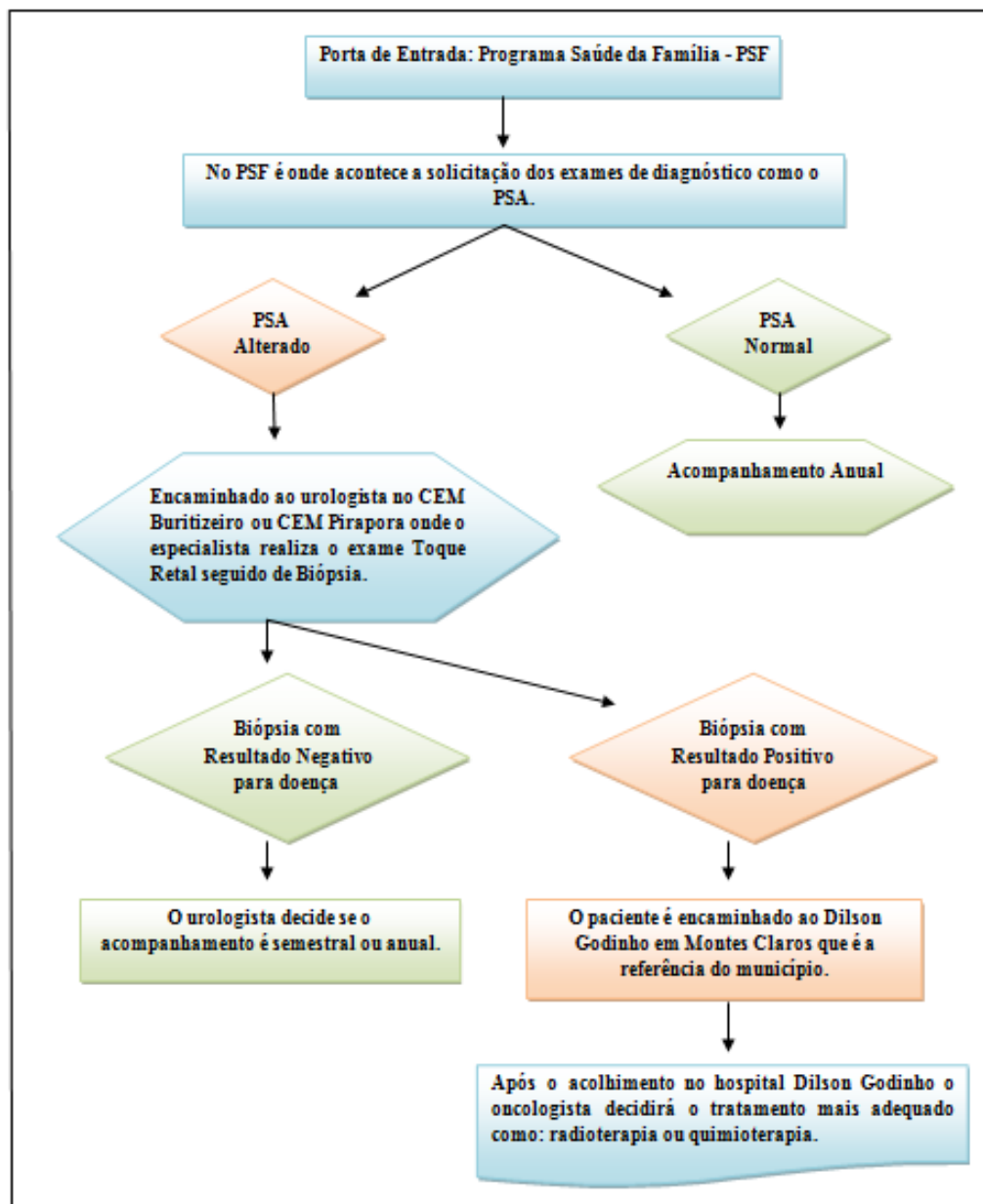
Fonte: MACIEL, 2017.

Sobre os principais avanços ou progressos no que tange a prevenção, detecção precoce e tratamento da doença o gestor destaca o aumento na oferta de consultas especializadas para a população de Buritizeiro, mas que ainda não é suficiente para atender toda a população do município. No que tange as políticas públicas existentes no município o gestor salienta que: “Não está implantado no município nenhum programa de ação específico para saúde do homem. Existe um planejamento onde estas ações estão previstas de acontecerem no município dentro dos próximos 4 anos”.

O atendimento à população masculina no município tem como porta de entrada a atenção básica de saúde mediante o Programa Saúde da Família. Neste momento são solicitados os

exames de prevenção pelo médico caso o homem se enquadre na população de risco e queira realizar os mesmos. Após, se o resultado do PSA estiver alterado o paciente é encaminhado ao município de Pirapora onde é feita a biópsia e os outros exames de diagnóstico. Se o PSA estiver normal o acompanhamento será anual. A biópsia com resultado negativo o médico urologista escolhe se o acompanhamento será semestral ou anual. A biópsia com resultado positivo o usuário é encaminhado para os hospitais de referência no município de Montes Claros. O fluxo de atendimento à população masculina pode ser visualizado na Figura 11.

Figura 11: Fluxo de atendimento a população masculina no município de Buritizeiro



Fonte: Coleta direta
Org.: MACIEL, 2017.

As dificuldades encontradas para o enfrentamento do câncer de próstata em Buritizeiro, conforme o secretário de saúde consiste na:

Falta de capacitação de profissionais, número reduzido de profissionais especializados, pouco recurso financeiro “insuficiente” para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento (recurso esse que é repassado aos municípios pelo Estado e governo Federal), número insuficiente de estabelecimentos de saúde especializados.

Quanto às ações que poderiam ser feitas para melhorar o acesso aos serviços de saúde no município, conforme destaca o gestor da saúde no município, seria “Aumentar a oferta de serviço especializado de média e alta complexidade, número de profissionais, oferecer um número maior de exames, cirurgias e outros; a demanda é muito superior a oferta de serviços disponível hoje”. O principal desafio, nesse sentido, seria então a dificuldade de acesso aos serviços especializados, pois, a oferta não supriria a demanda.

No município de Várzea da Palma foi entrevistada uma enfermeira com especialidade em Saúde da Família e Saúde Comunitária. Quando questionada sobre os recursos que são destinados ao tratamento de câncer de próstata, esta não soube informar por não ter ciência sobre o assunto. Sobre os principais avanços ou progressos referentes a prevenção, detecção precoce e tratamento da doença a enfermeira ressalta a disponibilização pelo SUS dos exames preventivos; além disso destaca a realidade da UBS (FIGURA 12) onde atende como a presença de médico urologista; todos os exames solicitados pelo médico são realizados em laboratórios localizados no próprio município.

Figura 12: Unidade Básica de Saúde e Secretária Municipal de Saúde do município de Várzea da Palma



Fonte: MACIEL, 2017.

Entre as políticas públicas existentes para o enfrentamento da neoplasia no município a enfermeira destaca as campanhas preventivas realizadas na própria UBS como a Semana do Homem e coloca como principais dificuldades no combate ao câncer de próstata o acesso e a própria cultura masculina de não se prevenir e somente procurar assistência médica quando tem alguma alteração ou sintomas mais graves. Entre as ações que poderiam ser implantadas para melhorar as condições de acesso da população acometida pela doença no município a enfermeira sugere o aumento na oferta de exames e coloca como desafio no combate a doença a resistência dos homens em realizar os exames preventivos para diagnóstico precoce.

No município de Lassance foram entrevistadas duas enfermeiras que trabalham em Unidades Básicas de Saúde do município (FIGURA 13). Quando perguntadas sobre os recursos que o município recebe para o tratamento do câncer de próstata, ambas salientam que não é repassado nenhum recurso específico para o combate a doença.

Infelizmente o município não recebe nenhum recurso específico para câncer de próstata, temos apenas a PPI que onde os pacientes são referenciados não sendo suficiente, pois quando o paciente faz o tratamento sendo a quimioterapia ou radioterapia alguns exames, alimentação, hospedagem fica a cargo do município.

Figura 13: Unidade Básica de Saúde e Centro de Saúde no município de Lassance



Fonte: MACIEL, 2017

Uma das enfermeiras entrevistadas destaca o aumento no número de casos de câncer de próstata: “Hoje é nítido o aumento do numero de câncer de próstata muitos avanços com relação ao diagnóstico precoce, porém os principais exames para o diagnóstico não são disponibilizados pelo SUS”.

Sobre os principais avanços ou progressos no que tange a prevenção, detecção precoce e tratamento em Lassance, uma das enfermeiras destaca que *“Vemos progresso na procura dos homens para realizar PSA, principalmente em época de campanhas nacionais. De rotina também verificamos que o homem está mais aberto, mas ainda existe muito preconceito quanto ao exame físico”*.

As enfermeiras ressaltam também a necessidade de repensar as ações no município e ir além das campanhas realizadas anualmente como o Novembro Azul:






O enfrentamento do CA de próstata no município precisa ser revisado, porém o município precisa do apoio do Estado e União, para arcar com custos com tratamento e exames físicos. Não mobilizar somente em “Novembro Azul”. Seguimos campanhas nacionais. Mas não é suficiente, pois não recebemos incentivo financeiro para aumentar a oferta de exames.

As principais dificuldades encontradas para o enfrentamento do câncer de próstata no município de Lassance conforme relatos das entrevistadas foram:

A cultura ainda muito machista e a falta recursos financeiro para realizar campanhas e ofertar exames. Exames básicos como PSA não são disponibilizados pelo município, devido não ter recurso financeiro para custear, o Estado e União colocam campanhas para abordagem dos pacientes, mas não cumprem com suas obrigações.

Sobre o acesso, as enfermeiras colocam como ações para melhorar o acesso da população acometida com câncer de próstata: *“Os pacientes já acometidos com a doença são prejudicados quanto a necessidade de exames complementares (TC, RNM) quando necessários, visto que no município só realizamos exames básicos”*. Destaca também que: *“Muitos homens ainda tem vergonha de procurar atendimento, por isso é importante que a equipe se mobilize em busca do público alvo”*.

Os principais desafios colocados pelas enfermeiras para o enfrentamento do câncer de próstata em Lassance são:

-  *Atrair a população para exames preventivos.*
-  *Oferta de exames.*
-  *Aumentar a demanda.*
-  *Melhorar o atendimento na Atenção Secundária, tanto exames quanto hospitalar.*
-  *Adesão do paciente as consultas para um diagnóstico precoce.*

No município de Ponto Chique foram entrevistadas duas enfermeiras que trabalham na UBS do município (FIGURA 14). Quando questionadas sobre os recursos destinados ao tratamento do câncer de próstata ambas responderam que são suficientes. Os pacientes realizam o exame PSA anualmente e aqueles com resultado positivo, o hospital do município entra em contato com o paciente para iniciar o tratamento.

Figura 14: Unidade Básica de Saúde no município de Ponto Chique



Fonte: MACIEL, 2017

Os principais avanços ocorridos no município de Ponto Chique em relação à prevenção da neoplasia de próstata foram os exames de diagnósticos da doença que passaram a ser realizados anualmente e o mutirão do exame de PSA que é realizado todo ano. Contudo, ainda não existe uma política pública efetiva no município, ficando restritas somente as cotas disponibilizadas para o município mediante o consórcio intermunicipal.

A prevenção e promoção da saúde, através de cota de exame é suficiente para a população. Há parceria com o Hospital Aroldo Tourinho, a coleta é feita no município para toda à população (homens acima de 45 anos) dando alterado no exame, faz-se o exame de toque. Dando positivo, o paciente é encaminhado para tratamento.

A principal dificuldade encontrada no combate a doença no município seria a adesão dos homens em realizar os exames de prevenção. A população de risco ainda tem receio ou resistência em realizar os exames devido ao preconceito e à questões culturais; isso também é posto como desafio pelos profissionais de saúde entrevistados.

No município de Ibiaí foram visitadas a Unidade Básica de Saúde e a Secretária Municipal de Saúde (FIGURA 15). Segundo entrevista com uma enfermeira do município, o atendimento aos homens portadores de câncer de próstata no município ocorre da seguinte forma: os pacientes com suspeitas da doença são encaminhados para Pirapora e realizam consultas com médicos urologistas no CEM do município; caso a especialidade seja mais complexa o paciente retorna ao município que é encaminhado para Montes Claros.

Figura 15: Unidade Básica de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde no município de Ibiaí



Fonte: MACIEL, 2017.

No município são realizadas campanhas de conscientização em parceria com o CEM Pirapora, como “Novembro Azul”. Conforme salienta a profissional entrevistada, a população masculina não tem a cultura de se prevenir. Dentre as principais dificuldades elencadas pela entrevistada está o atraso na entrega dos resultados de exames de diagnóstico e complementação. No que tange o acesso a enfermeira salienta que é satisfatória a forma como ocorre na atenção básica, contudo nas demais etapas é necessário melhorar os serviços, principalmente no diagnóstico.

Os principais desafios para o enfrentamento do câncer de próstata no município de Ibiaí listadas pela profissional são:

- ✚ *Conscientização do público-alvo*
- ✚ *Falta de recursos para trabalhar mais campanhas*
- ✚ *Diminuir o tempo de espera para o diagnóstico*

No município de Santa Fé foi possível entrevistar o secretário de saúde e uma enfermeira que trabalha no PSF (FIGURA 16). A enfermeira, quando questionada sobre os avanços ou

progressos na prevenção, detecção precoce e tratamento da doença no município, destaca que é desenvolvido trabalhos de sensibilização, conscientização do usuário e também da família, pois o homem por não ter a cultura de procurar o sistema de saúde se faz necessário perguntar os parentes mais próximos da família se estes perceberam algum sintoma ou reclamação por parte dele. No que tange a detecção da doença a enfermeira salienta que: *“Por ser um município de pequeno porte temos acesso ao exame laboratorial (PSA) que antigamente o usuário se deslocava para Pirapora para fazer, e atualmente o material é coletado e enviado para Pirapora trazendo facilidade ao usuário”*. Sobre o tratamento a profissional destaca o serviço em rede utilizado que é bastante eficiente, pois, consegue após o diagnóstico positivo para a neoplasia encaminhar o paciente para início do tratamento em tempo hábil. No que tange as políticas públicas, não existe nenhuma voltada especificamente para o câncer de próstata no município.

Figura 16: Secretaria Municipal de Saúde e Unidade Básica de Saúde no município de Santa Fé de Minas



Fonte: MACIEL, 2017.

Os entrevistados, quando questionados sobre as principais dificuldades encontradas para o enfrentamento da doença no município ambos destacaram a questão cultural e a falta de recursos. O município custeia com seus próprios recursos muitos exames, biópsias e consultas com médicos especialistas. A solução para este problema, conforme destaca o secretário de saúde do município, seria rever a pactuação, para que possa ser feito conforme rege o SUS.

Sobre o acesso, ambos os entrevistados salientam a necessidade de asfaltar as vias de acesso para os municípios de referência:

O município de Santa Fé de Minas é um caso isolado pois existe 130 km de vias sem asfalto mais travessias de balsa para chegar ao município de Pirapora; para Montes Claros 70 km de estrada sem pavimentação mais travessia de balsa. Ainda existe uma espera de 60 dias para conseguir agendar a primeira consulta com médico urologista nos hospitais de Montes Claros.

Os desafios para o enfrentamento da doença no município levantados pelos entrevistados foram à falta de recursos financeiros, a má gestão dos municípios executores com o Programa de Parceria e Investimentos - PPI⁹, o rastreamento não eficiente e a cultura do homem de não fazer a prevenção.

4.3 O acesso dos pacientes em tratamento de câncer de próstata na microrregião de Pirapora

O acesso à serviços de saúde é de fundamental importância para garantir sucesso no diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças existentes numa determinada população. Os serviços devem está o mais próximo possível e acessível para todas as pessoas, haja vista que a saúde é direito universal e previsto constitucionalmente. Neste sentido, a garantia do bem-estar e efetividade nas ações em saúde depende do acesso.

O acesso à áreas de lazer, atividades físicas, atenção primária, consulta com especialistas, aos remédios e também o tratamento prescritos pelo médico são fundamentais para garantir a saúde da população. Como salienta Santana (2014, p.93):

De igual modo, o acesso a bens e serviços de qualidade, a espaços públicos (incluindo os verdes), adequados e com baixos níveis de poluição – atmosférica, sonora, visual -, a transportes públicos confortáveis e seguros, é particularmente importante em todas as fases da vida, com impactos reconhecidamente importantes na fase da vida para além dos 64 anos.

O conceito de acesso é complexo e, por diversas vezes utilizada de forma imprecisa. O dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2011, p.90) define acesso como sendo: “caminho, passagem, possibilidade de alcançar (algo difícil), direito à entrada (em local ou instituição)”. Neste sentido, ao fazer paralelo desta definição com o acesso aos serviços de saúde pode-se estabelecer o conceito de acesso à saúde como sendo o ingresso e/ou entrada por toda e qualquer ação ou necessidade em saúde requisitada pela população.

⁹O Programa de Parceria e Investimentos – PPI foi criado em relação pelo governo para ampliar e fortalecer a relação entre o Estado e a iniciativa privada. O objetivo principal é gerar empregos e crescimento para o país por meio de novos investimentos em projetos de infraestrutura e de desestatização.

Jesus e Assis vão além desta noção de entrada e ingresso e afirma que o acesso aos serviços de saúde “[...] configura se como um “dispositivo” transformador da realidade. Partindo da concepção de que somente se garantirá o ingresso universal do usuário no sistema de saúde através da consciência de cidadania”.

O conceito de acesso ainda não é bem claro quando se refere com o uso dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Por isso, a busca por uma definição de acesso à saúde e também de um modelo que possa avaliar e calcular o acesso tem sido o principal objetivo de muitos especialistas principalmente por ser aspecto importante para a elaboração de planos para a área de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Conforme Santana (2014, p.106) o acesso aos serviços de saúde é constituído de dois componentes: “[...] a) o acesso potencial, que depende do efetivo populacional, das necessidades em saúde dessa população e da sua capacidade de transposição de barreiras; b) o acesso realizado ou expreso, que equivale à efetiva utilização dos cuidados de saúde”.

O acesso a saúde no Brasil, como salienta Travassos, Oliveira e Viacava (2006), é influenciado pelas condições socioeconômicas e também pelo local de moradia do indivíduo, haja vista que pessoas com melhores condições econômicas tem acesso a vários serviços de saúde que aquelas que residem em locais menos desenvolvidos economicamente. Contudo outros fatores como características demográficas e de morbidade devem ser consideradas.

Travassos e Castro (2012) destacam quatro tipos de barreiras ao acesso nos serviços de saúde, a saber: as barreiras geográficas, as barreiras financeiras, as barreiras organizacionais e as barreiras de informação. Nesta seção é feita relação de cada tipo de barreira com as dificuldades encontradas pelos homens câncer de próstata na microrregião de Pirapora.

A barreira geográfica aos serviços de saúde, como destaca Santana (2016, p.88): “é mais vantajosa para os que se localizam geograficamente mais perto ou pertencem a classe social mais afluyente”. As barreiras geográficas são obstáculos que o espaço impõe no trajeto do paciente aos locais que ofertam os serviços de saúde. Quanto maior for à distância que o usuário percorrer para ter acesso aos serviços de saúde, menor será a utilização dele pelos

mesmos; isso porque, os gastos financeiros tendem a aumentar na proporção que se eleva a distancia. (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Contudo, Santana (2014, p.107) enfatiza que, associado ao fator distância, existem outros elementos que também influenciam no acesso e utilização dos serviços de saúde dos usuários residentes em locais distantes como: “[...] horário de funcionamento dos serviços, oferta de transportes públicos de acordo com os horários de funcionamento dos serviços, sistema de marcação da consulta, entre outros”.

Ferramenta que pode ser utilizada na análise da acessibilidade geográfica são os mapas de fluxos. Esse recurso permite visualizar as ligações estabelecidas entre os serviços e seus usuários, facilitando a construção de hierarquias desses serviços (SANTANA, 2014). As informações geradas por essa ferramenta são importantes para identificar os polos de atração, na regionalização do atendimento e no diagnóstico das distâncias percorridas pelos utilizadores dos serviços e nos gastos envolvidos nos deslocamentos.

No caso da microrregião de Pirapora o deslocamento entre os municípios é feito por rodovias federais (BR 365 e BR 496) e estaduais (MG 674 e MG 161). O deslocamento dos homens residentes em Santa Fé de Minas para realizar os exames de diagnóstico no município de Pirapora é feito em rodovias sem pavimentação; os pacientes enfrentam aproximadamente 130 quilômetros em estradas cheias de buracos e muita poeira em períodos de tempo seco e lama em tempos chuvosos devido à falta de pavimentação asfáltica; para ir a Montes Claros os usuários também enfrentam aproximadamente 70 quilômetros de rodovias sem pavimentação mais travessia de balsa entre os municípios de São Romão e Santa Fé de Minas (FIGURA 17). Os usuários dos demais municípios também enfrentam grandes distâncias até chegar aos hospitais de referência; devido a isso, todos os usuários necessitam sair de suas residências às três ou quatro horas da madrugada e ir para o local onde possam embarcar nos ônibus que fazem o deslocamento ate Montes Claros. Percebe-se assim, que as distâncias enfrentadas pelos pacientes portadores de câncer de próstata até os municípios de referência para diagnóstico e tratamento se caracterizam como uma barreira ao acesso à saúde.

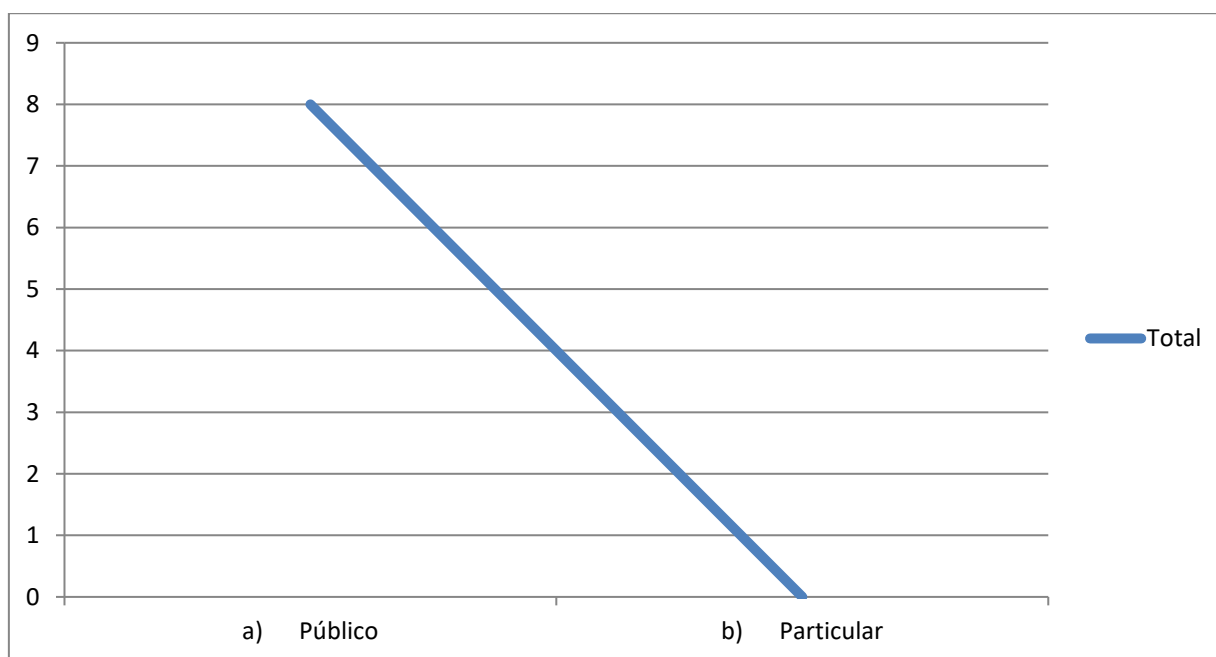
Figura 17: Travessia de balsa no município de São Romão



Fonte: MACIEL, 2017.

Muitos desses usuários utilizam o transporte público para o deslocamento até Montes Claros, como mostra o gráfico 08.

Gráfico 08: Tipo de transporte utilizado para o acesso à saúde



Fonte: Coleta direta
Org.: MACIEL, 2017.

Todos os pacientes que foram entrevistados utilizam o transporte público para o deslocamento até as unidades de saúde de referência em Montes Claros. Esse transporte é fornecido de forma gratuita aos usuários através do consórcio que atende os sete municípios - CISMESF.

O fator renda, de acordo com Travassos e Castro (2012), tem um peso significativo quando o assunto é o acesso a saúde, pois enquanto os usuários desse serviço que apresentam renda elevada não se deparam com esse problema, na contramão os usuários considerados de baixa renda encontram uma série de entraves e dificuldades quando precisam se hospedar e alimentar no caso de não retorno ao domicílio de origem no mesmo dia. Muitos dos pacientes em tratamento na cidade de Montes Claros encontram apoio na Associação Presente que presta auxílio aos usuários com câncer oriundos de outros municípios. Contudo, a entidade possui somente 32 leitos para atender aos assistidos e acompanhantes. Além de fornecer pouso aos pacientes, a associação também fornece transporte.

Vale ressaltar que o tratamento da doença é muito desgastante para o paciente, pois durante os procedimentos são utilizados fortes medicamentos tanto na quimioterapia como na radioterapia. O tratamento quimioterápico causa diversos efeitos colaterais ao usuário como vômitos, diarreias, dor de cabeça, queda da imunidade, mal estar e dores. Dentre os tipos de tratamento aos quais os entrevistados se submeteram estão o quimioterápico, o radioterápico e a hormonioterapia.

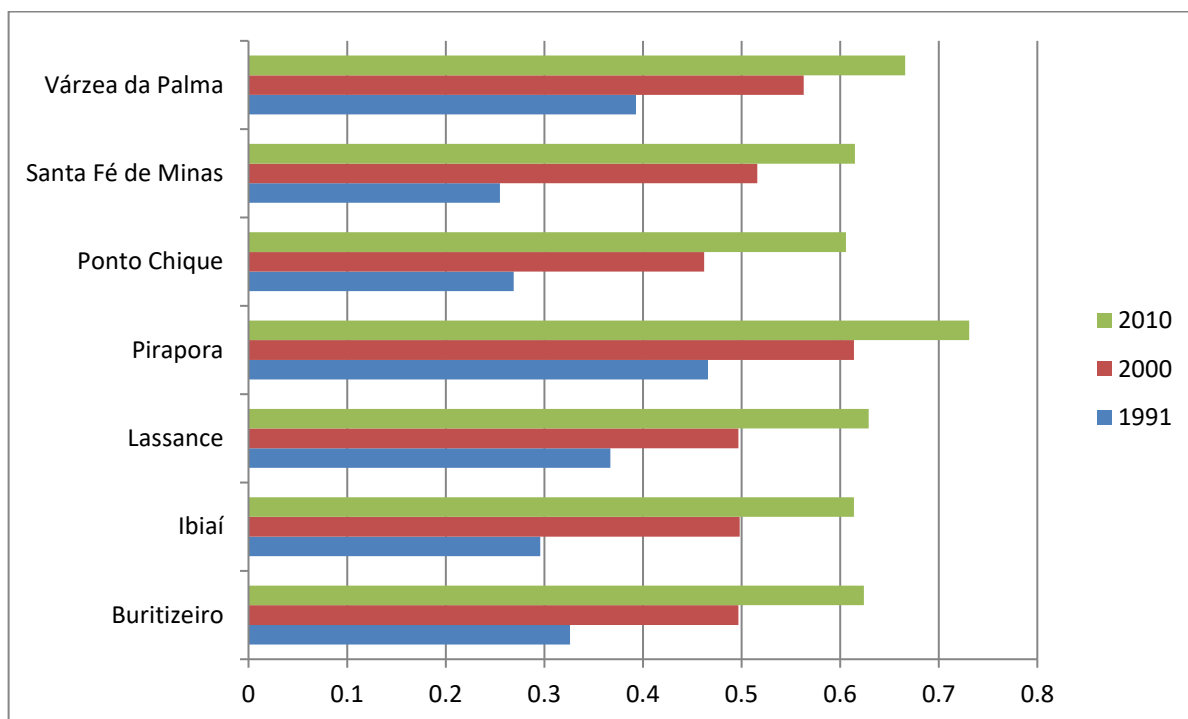
Os obstáculos de ordem financeira revelam um aspecto importante quanto ao uso dos serviços de saúde, pois comumente ocorre uma relação decrescente entre o aumento nos valores desses serviços e a sua utilização. Nesse sentido, a população de baixa renda é a mais atingida, pois o fator financeiro funciona como entrave a determinados serviços; sendo assim, os obstáculos mencionados anteriormente agem de forma direta sobre a questão das desigualdades sociais quando se trata de utilizar os serviços de saúde, indo na contramão da tão propagada equidade proposta pelo SUS.

As condições financeiras do indivíduo é um elemento que influencia na procura pelos serviços de saúde. A microrregião de Pirapora, no contexto regional e nacional, apresenta baixos indicadores sociais, o que reflete diretamente nas condições de saúde da população ali residente. Os indicadores sociais são dados apurados sobre aspectos de vida de um determinado país e através destes é possível conhecer o seu nível de desenvolvimento. Neste sentido, o Índice de Desenvolvimento Humano e Municipal – IDHM é um dos indicadores que avaliam as condições socioeconômicas de uma região; esse indicador é composto por três dimensões do desenvolvimento humano, a saber: longevidade, educação e renda.

No Brasil o IDHM tem como base essas mesmas três dimensões do IDH Global (longevidade, educação e renda), contudo com uma metodologia que se adequa a realidade brasileira e a disponibilidade de indicadores nacionais. Embora considerem as mesmas dimensões, os elementos considerados no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios do país; por isso, será considerado neste trabalho o IDHM dos sete municípios da microrregião para analisar as condições socioeconômicas. O IDHM é um indicador que varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

No caso da microrregião de Pirapora observa-se que são poucos os municípios que apresentaram melhorias no período referente aos três últimos censos realizado pelo IBGE (GRÁFICO 09). Todos os municípios que integram a microrregião estão igual ou acima do índice 6 no IDHM, classificado como médio de acordo com a tabela, sendo os municípios de Pirapora, Várzea da Palma e Buritizeiro os que apresentam melhores indicadores.

Gráfico 09: IDHM dos municípios da microrregião de Pirapora



Fonte: IBGE, 2010. Org. MACIEL, E. V.F.

O elemento renda presente no IDHM permite avaliar o padrão de vida das pessoas do município; para se obter o índice desse elemento é feito um cálculo através da renda média dos residentes no município, a renda municipal per capita que é estipulada tendo como base a

soma da renda de todos os residentes, dividida pelo número de habitantes do município (inclusive crianças e pessoas sem registro de renda). Pela análise da figura, percebe-se que os municípios que compõe a microrregião de Pirapora apresentam IDHM Renda com classificação média a baixo (TABELA 07). Os municípios classificados com o IDHM Renda médio são Buritizeiro (0,603), Lassance (0,614), Pirapora (0,693) e Várzea da Palma (0,634); e aqueles com IDHM Renda considerado baixo são os municípios de Ibiaí (0,565), Ponto Chique (0,565) e Santa Fé de Minas (0,589). Quando comparado esses índices do IDHM Renda dos municípios da microrregião com a média brasileira, percebe-se que todos estão abaixo da media do país; esses dados demonstram que as pessoas residentes na microrregião, na sua maioria não dispõe de grande poder aquisitivo.

Tabela 07: Municípios da microrregião de Pirapora – IDHM Renda

Município	IDHM Renda
Buritizeiro	0,603
Ibiaí	0,565
Lassance	0,614
Pirapora	0,693
Ponto Chique	0,565
Santa Fé de Minas	0,589
Várzea da Palma	0,634
Brasil	0,739

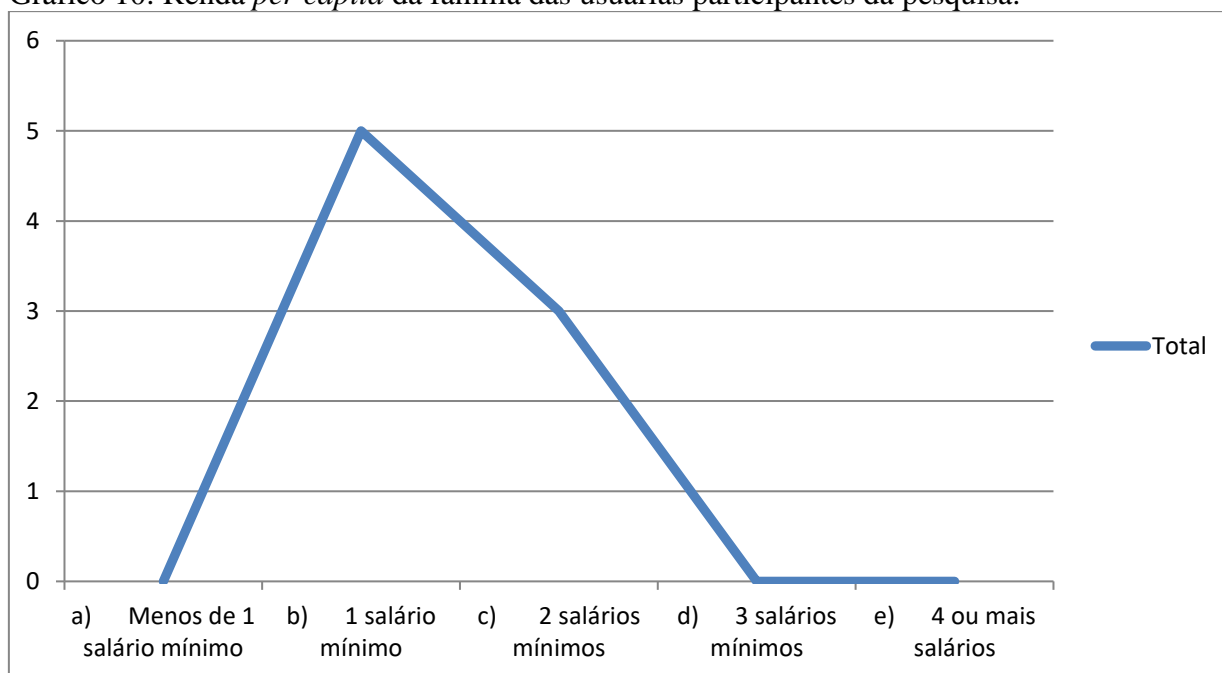
Fonte: PNUD, 2016.
Org.: MACIEL, 2017.

Vale ressaltar que o município de Pirapora apresentou o maior IDHM Renda e também foi o município que notificou mais casos novos da doença. Contudo, o município de Santa Fé de Minas apresentou baixo IDHM Renda e também elevado quantitativo de casos novos de câncer de próstata no período da pesquisa. Esse município se encontra mais distante de Montes Claros, pólo regional de assistência oncológica. Conclui-se então que não é recomendável fazer generalizações perante uma análise da situação do câncer de próstata em uma região. É necessário então, análises profundas e pontuais para tecer diagnósticos consensuais.

Todavia, percebe-se que a maior parte dos municípios não apresenta situações financeiras favoráveis que lhes proporcione garantir boas condições e serviços de saúde para a população; a maioria depende exclusivamente do repasse federal do Fundo de Participação dos Municípios – FPM. A maioria da população não apresenta boas condições financeiras para custear serviços particulares de saúde; assim, ficam na dependência do que é concedido pelo

sistema público; contudo, mesmo diante dos esforços dos gestores de cada município não é garantido acesso equitativo aos serviços de saúde a todos os usuários. O gráfico 10 mostra a renda *per capita* do grupo familiar dos homens voluntários da pesquisa.

Gráfico 10: Renda *per capita* da família das usuárias participantes da pesquisa.



Fonte: Coleta direta, 2017.

Org.: MACIEL, 2017.

As barreiras organizacionais são aquelas provenientes da estrutura e organização dos serviços de saúde, além da qualidade dos profissionais e da tecnologia disponíveis. As barreiras organizacionais dizem respeito ao horário de atendimento dos serviços de saúde, tempo de espera pelo atendimento, qualidade do profissional disponível e dentre outros. Todas essas medidas podem facilitar ou dificultar o acesso do usuário aos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Devido a complexidade do tratamento contra o câncer, é importante a existência de um atendimento integral, humanizado e hierarquizado para pleno êxito na assistência oncológica aos pacientes. Por se tratar de uma doença “silenciosa” nos primeiros estágios e com excelente prognóstico se diagnosticado e tratado precocemente, é fundamental garantir o acesso e rapidez principalmente nos exames diagnósticos. No país percebem-se altas taxas de mortalidade da doença que se dão pelo estágio avançado que a neoplasia é diagnosticada. No caso específico do câncer de próstata devido o homem procurar os serviços médicos somente quando a doença está na fase avançada o tratamento se torna mais doloroso e com menos

chances de cura para o paciente, o que contribui para aumentar os índices de mortalidade da enfermidade no país.

A assistência oncológica está organizada no âmbito do SUS de forma a proporcionar o atendimento integral aos pacientes que buscam pelo tratamento da doença. As Secretarias de Saúde estaduais e municipais planejam e organizam através da Rede de Atenção Oncológica, garantir assistência oncológica a todos que procuram; para isso, buscam adequar a prevenção e o tratamento do câncer às demandas de cada região do país, conforme os níveis de atenção à saúde. Logo, o nível de atenção primária em Oncologia refere-se em ações que buscam diminuir a exposição das pessoas aos fatores de risco para a doença. E a prevenção secundária consiste no rastreamento do câncer mediante realização de exames mais específicos (CESTARI; ZAGO, 2005).

É de responsabilidade das UNACONS realizar o diagnóstico permanente e tratamento dos tipos de câncer com maior incidência na região onde está inserido. Para atingir seus objetivos deve oferecer tratamentos de cirurgia e quimioterapia, além de ter obrigatoriamente o tratamento radioterápico, referenciado e contratualizado formalmente. E os CACONS realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, não sendo obrigatórios os cânceres raros e infantis. Também devem ofertar cirurgia e tratamentos de radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar (MINAS GERAIS, 2012). Na microrregião de Pirapora não existe nenhum hospital considerado CACONS e UNACONS. Por isso, os pacientes são encaminhados para realizar o tratamento nos hospitais próximos que são considerados UNACONS. Esses hospitais estão localizados na cidade de Montes Claros; são os hospitais Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho e Irmandade Nossa Senhora das Mercês (Santa Casa de Montes Claros) (FIGURA 18).

Figura 18: Fachada das unidades de atendimento oncológico em Montes Claros/MG.



Fonte: MACIEL, 2017.

Os hospitais Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho e Irmandade Nossa Senhora das Mercês atende toda a demanda de pacientes com câncer da microrregião de Pirapora, inclusive o de próstata. Em dias de atendimento percebe-se um fluxo grande de pessoas vindas não somente da microrregião de Pirapora, mas também de outras regiões do Estado e até do sul da Bahia.

As barreiras de informação constituem um grande entrave no acesso aos serviços de saúde. Uma população informada sobre o sistema e os serviços de saúde, a doença e suas formas de diagnóstico e tratamento, contribui para facilitar a utilização dos serviços de saúde. Conforme Travassos e Castro (2012) este conhecimento não abrange somente as ações realizadas pelo setor saúde, mas também o padrão de escolaridade, a cultura e os meios de informação; tudo isso poderá acarretar em desigualdades sociais entre os indivíduos. É possível fazer análise do acesso ao conhecimento da população residente na microrregião através do IDHM Educação (TABELA 08)

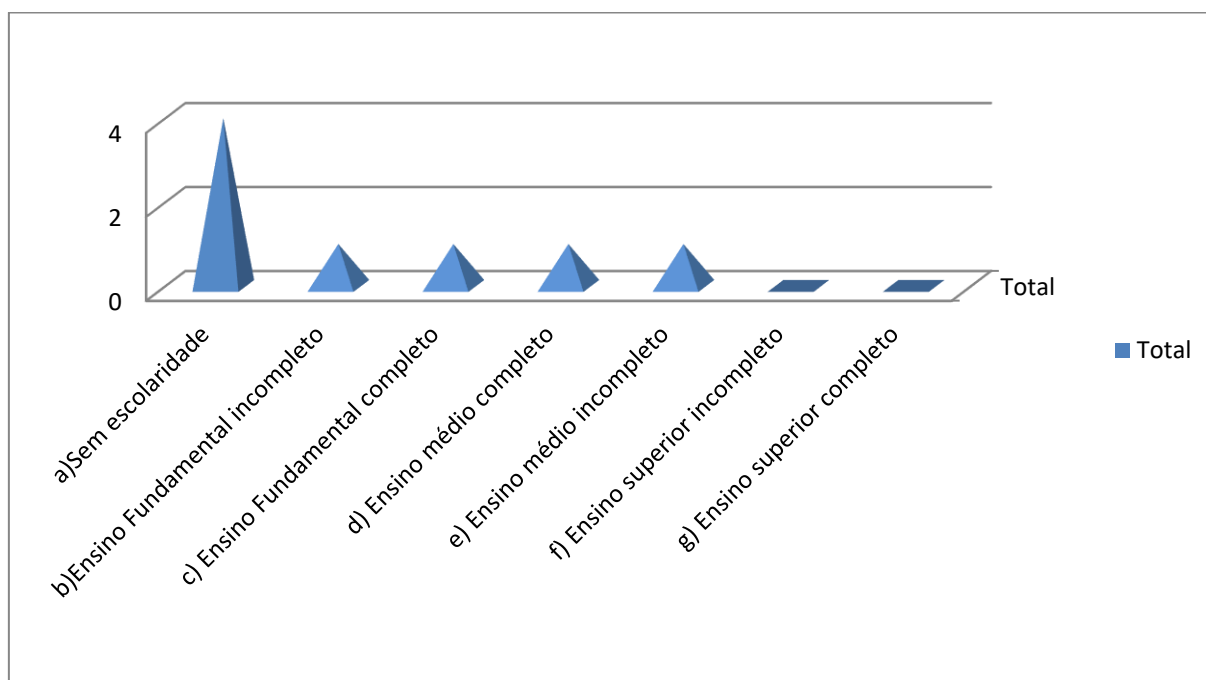
Tabela 08: Municípios da RAS Norte/MG – IDHM Educação, 2010.

Município	IDHM Educação
Buritizeiro	0,524
Ibiaí	0,516
Lassance	0,511
Pirapora	0,680
Ponto Chique	0,493
Santa Fé de Minas	0,492
Várzea da Palma	0,573
Brasil	0,637

Fonte: PNUD, 2016.
Org.: MACIEL, 2017.

O IDHM Educação calcula o acesso das pessoas ao conhecimento mediante duas variáveis, a saber, frequência escolar da população jovem e o nível de estudos da população adulta. Com base na tabela é possível observar os municípios da microrregião de Pirapora apresentou, na sua maioria, um índice educacional classificado como baixo no ano de 2010. Os piores indicadores no IDHM Educação foram os municípios de Santa Fé de Minas (0,492) e Ponto Chique (0,493). O único município da microrregião com IDHM Educação considerado alto é Pirapora (0,680). Percebe-se que o município de Santa Fé de Minas apresentou um dos piores índices do IDHM Educação e também se configurou como município de grande incidência da doença no período considerado na pesquisa. No gráfico 11 é possível perceber o nível de escolaridade dos homens voluntários da pesquisa.

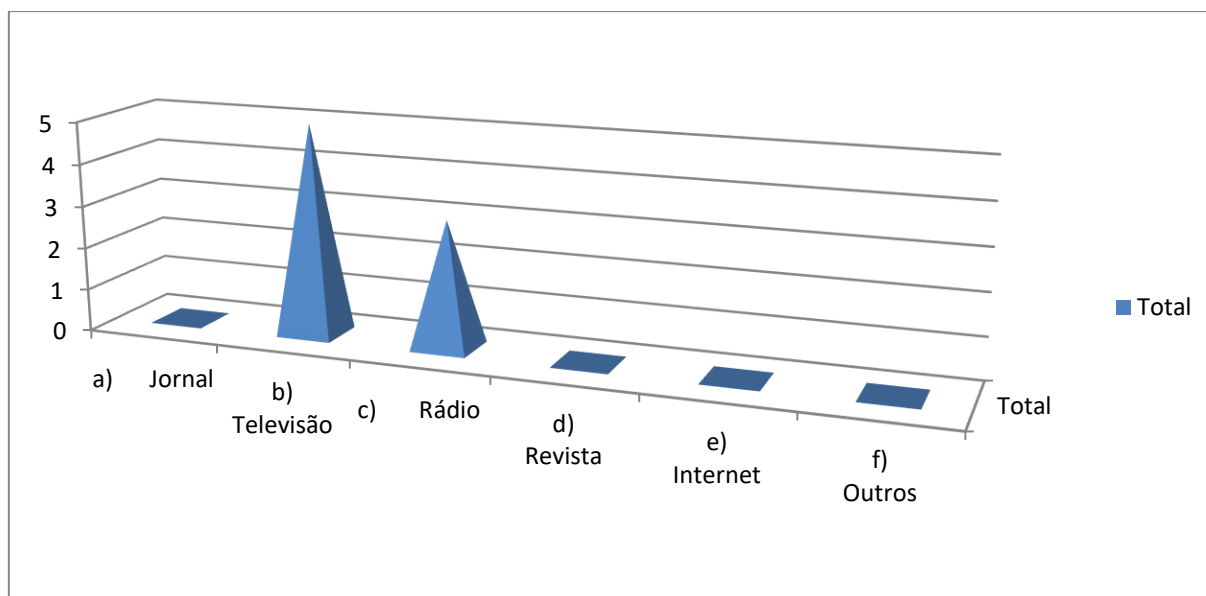
Gráfico 11: Nível de escolaridade dos usuários participantes da pesquisa.



Fonte: Coleta direta, 2017.
Org.: MACIEL, 2017.

Quanto aos meios de acesso a informação dos entrevistados, todos fizeram menção a televisão ou rádio como mostra o gráfico 12.

Gráfico 12: Principal forma de acesso à informação dos usuários participantes da pesquisa.



Fonte: Coleta direta, 2017.
Org.: MACIEL, 2017.

Os homens entrevistados elegeram a televisão e o rádio como sendo as principais formas de acesso a informação, como demonstrado no gráfico. Enfatiza-se assim, a importância dos meios midiáticos na divulgação das informações, principalmente os televisivos e de radiodifusão.

Os municípios da microrregião de Pirapora desenvolvem ações de prevenção ao câncer de próstata, principalmente no mês de Novembro, eleito como mês de prevenção à neoplasia, o denominado “Novembro Azul”. Contudo, percebe-se que essas ações desenvolvidas não englobam toda a população da microrregião, principalmente aquelas que residem em áreas mais distantes da sede do município ou de difícil acesso e que são mais carentes econômico, social e culturalmente. Por isso, é necessário desenvolver e expandir essas ações, através de projetos de extensão através da parceria das instituições de ensino superior com as prefeituras, hospitais, UBS, empresas privadas e a sociedade em geral, com o objetivo de levar informação a todos os homens residentes na microrregião, com a finalidade de tornar o acesso aos serviços de saúde de forma equitativa.

Os homens que aceitaram participar das entrevistas relataram que as principais dificuldades encontradas durante o tratamento foi a financeira, os efeitos colaterais da quimioterapia e a distância percorrida até o local onde é realizado o tratamento, tendo assim, que sair por volta

das três ou quatro horas da madrugada do município de origem. Muitos tiveram que custear os próprios exames de diagnóstico como biópsias para conseguir o encaminhamento e começar o tratamento.

A disseminação sobre a neoplasia nos meios de comunicação do país tem contribuído para aumentar o nível de conhecimento da população sobre a doença. Mudanças de hábito tais como práticas de atividades físicas e uma alimentação mais saudável e balanceada vêm sendo praticadas com o intuito de ajudar na prevenção. Contudo, o homem ainda não desenvolveu de forma satisfatória a cultura de cuidar da sua saúde e procurar o serviço médico para realizar os exames de prevenção contra o câncer de próstata.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gregos foram os primeiros a considerar o meio ambiente como um fator importante na ocorrência de patologias e epidemias. Neste mesmo período foi escrito pelo filósofo Hipócrates o primeiro tratado sobre a Geografia da Saúde intitulado de “Ares, Águas e Lugares. Neste estudo, o citado filósofo ressalta a importância de se considerar aspectos do meio ambiente para a promoção da saúde e prevenção de doenças. As ideias de Hipócrates influenciaram por muito tempo os estudos de pesquisadores europeus, sendo também até hoje (2017) um estudo base para a Geografia da Saúde.

No campo da Geografia da Saúde vários estudos estão sendo desenvolvidos tendo como principal objeto compreender o processo saúde-doença na relação das sociedades com o meio em que estão inseridas, tendo como categoria principal o espaço geográfico. No Brasil os estudos em Geografia da Saúde tiveram evolução a partir das contribuições de Milton Santos que incorporou os aspectos sociais e do meio ambiente. No século XXI, os estudos em Geografia da Saúde abordam a espacialização de doenças, principalmente utilizando as ferramentas das geotecnologias; estudos sobre Promoção da Saúde, Programa Saúde da Família e dentre outros. Começaram então a aumentar as discussões sobre a Geografia da Saúde no País e muitos laboratórios começam a ser criados tendo como objetivo estudar esta temática.

O câncer neste início de século XXI é uma das principais causas de mortes no mundo. Nos homens o câncer de próstata é o segundo tipo de neoplasia mais comum no mundo perdendo apenas para o câncer de pulmão. No Brasil, o câncer de próstata, exceção do câncer de pele não-melanoma, é o tipo de câncer que mais acomete a população masculina. Diante deste cenário, fica evidente a necessidade de investimentos no desenvolvimento de ações amplas e efetivas para o controle da doença nos seus mais diferentes níveis de atuação como a atenção básica e secundária, diagnóstico e tratamento, promoção da saúde, assistência aos pacientes, na vigilância, na capacitação dos profissionais, na formação de recursos humanos e no atendimento ao Sistema Único de Saúde.

No transcorrer do trabalho, foi possível notar que os registros de câncer de próstata vêm aumentando progressivamente na microrregião de Pirapora; isto pode ser explicado pelas melhorias no acesso da população aos serviços de saúde voltados para o diagnóstico da

doença e programas de conscientização e promoção da saúde. Todavia, ainda há muito a ser feito. A falta de conhecimento sobre o câncer de próstata, aliados a cultura da população de risco de não procurar os serviços de saúde para fazer os exames de prevenção e diagnóstico contribuem para aumentar as taxas de mortalidade da enfermidade na microrregião devido o paciente começar tardiamente o tratamento. Aliado a esses fatores, há falta de equipamentos nos municípios em estudo para realizar os exames de diagnóstico da doença o que tem dificultado a descoberta precoce da doença e o tratamento oportuno para os usuários portadores do câncer.

A espacialização dos casos levantados nos hospitais referência para tratamento da doença na microrregião mostrou que Pirapora ocupa o primeiro lugar na ocorrência e também na incidência da doença na microrregião, sendo sucedido nesta última pelo município de Santa Fé de Minas. Contudo, deve-se pontuar que Pirapora é o município da microrregião que apresenta o maior contingente populacional, os melhores indicadores socioeconômicos da microrregião, além de ofertar os serviços de diagnóstico para a doença no próprio município.

No município de Santa Fé de Minas os pacientes enfrentam dificuldades de acesso aos hospitais referência para tratamento e diagnóstico da doença; isto se deve ao fato das condições das principais vias de ligação do município às cidades de Pirapora e Montes Claros. Os pacientes com suspeitas da doença são encaminhados até Pirapora para realizar os exames de diagnóstico e aqueles com caso confirmado da enfermidade realizam o tratamento em Montes Claros. Os pacientes no caminho até Pirapora enfrentam estradas esburacadas e sem pavimentação asfáltica, já os pacientes que estão em tratamento nos hospitais de Montes Claros precisam pegar uma balsa, além de percorrerem aproximadamente 70 km de estrada sem pavimentação.

A análise dos dados levantados mostrou que a maior parte dos casos novos de câncer de próstata na microrregião ocorreu na faixa etária considerada de risco para o desenvolvimento da doença e não foi possível atribuir nenhuma causa específica para sua ocorrência na região. No que tange o acesso da população aos serviços de saúde na microrregião, os pacientes atingidos pela doença enfrentam problemas relacionados com o acesso aos serviços de saúde, principalmente no tocante a acessibilidade, pois muitos percorrem grandes distâncias até o local onde é realizado o diagnóstico ou tratamento; aliado a isso há as condições precárias das estradas e muitas não têm pavimentação, além da poeira e as travessias de balsa.

A maioria dos pacientes utiliza o transporte público para se locomoverem e necessitam retornar ao seu município de origem após o tratamento devido a falta de condições financeiras para se manterem em Montes Claros, no que corresponde à alimentação e hospedagem. Devido a maioria dos usuários que realizam o tratamento estarem na faixa etária acima dos 50 anos e serem submetidas a medicamentos fortes, muitos não têm condições físicas para enfrentarem trajetos muito longos. Entretanto, precisam voltar aos seus municípios, por não terem condições financeiras para custear uma hospedagem e garantir sua alimentação durante estadia em Montes Claros. Alguns municípios oferecem casas de apoio aos usuários dos serviços de saúde na cidade. Contudo, as vagas são insuficientes e não atendem toda a demanda de pessoas carentes portadoras da enfermidade, oriundas de outros municípios.

Ao se realizar este trabalho verificou-se na microrregião em estudo a existência de barreiras que dificultaram o desenvolvimento de pesquisas voltadas para essa temática, como a carência de literatura sobre as neoplasias no âmbito da região; dificuldades para acesso aos dados disponíveis sobre o câncer de próstata nos hospitais referência para o tratamento da doença; falta de recursos humanos qualificado para manuseio dos softwares em que se operam os registros do RHC e entre outros; todos esses fatores podem corroborar para o não diagnóstico real da doença na microrregião.

REFERÊNCIAS

ALIEVI, Alan Alves.; PINESE, José Paulo P. A **Geografia da Saúde no Brasil: precedentes históricos e contribuições teóricas**. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal14/Geografiasocioeconomica/Geografiamedica/01.pdf>. Acessado em: 2 de dezembro, 2015.

ANDRADE, R. de P; LANA, V. Physicians, travels, and scientific exchange during the institutionalization of the fight against cancer in Brazil (1941-1945). **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. 2010, vol.17, suppl.1, pp. 109-126. ISSN 0104-5970. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s1/en_07.pdf. Acesso em 05 de novembro de 2015.

NAFFAH FILHO, Michel; CECILIO, M.A.M. Subsídios para um novo modelo de atenção ao câncer no Estado de São Paulo. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo. 2005; v.7, n.28.

ALVES, Mônica Oliveira. MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz. COELHO, Bertha Andrade. Contribuições da Geografia Médica para o Estudo do Câncer de Mama. **Revista Hygeia**. V.10. N.18. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/28230/15783>. Acesso em: 12 de maio, 2016.

ANDRADE, Maria Eliane. Brito de. Geografia Médica: origem e evolução. In: BARATA, Rita Barradas. BRICEÑO-LEÓN, Roberto (Orgs.). **Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000, págs. 151-166.

ANDRADE, Manuel Correia de. **A questão do território no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2004.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva et al. Environmental health: reflexions of the Brazilian Association of Post-Graduation in Collective Health – ABRASCO. **Revista brasileira de epidemiologia**, Jun. 2003, v.6, n.2, p.87-94. ISSN 1415-790X.

BARCELLOS, Christovam. **Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Christovam Barcellos (Org). Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A F (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **Revista História, Ciências e Saúde**, Manguinhos-RJ, v. 11, n. 3, p. 549-68, set./dez. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Programa Nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 96p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 18p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 118p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Política Nacional de Atenção Oncológica / Tribunal de Contas da União; Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. 132 p. – (**Relatório de auditoria operacional**).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em 01 de agosto de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0779_31_12_2008.html. Acesso em 13 de outubro de 2016.

_____. 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: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf, acesso em 27 de abril de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em 20 de abril de 2017.

_____. 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). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em 28 de maio de 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 20 de maio de 2017.

_____. Ministério da saúde. **Lei 8080/90 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2017.

_____. **Lei Nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato_2001-2014/.../Lei/L12732.htm. Acesso em 06 de março 2017.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. IN CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARRARA, Sérgio. RUSSO, Jane A. FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [3]: 659-678, 2009

CARVALHO, Gisélia Lima. Região: a evolução de uma categoria de análise da Geografia. In **Boletim Goiano de Geografia**, volume 22, nº 01, jan./jun. de 2002.

CARVALHO, Antonio Ivo de.; WESTPHAL, Marcia Faria.; LIMA, Vera Lucia Pereira. **Histórico da Promoção da Saúde no Brasil**. Disponível em: <https://www.google.com.br/#q=Hist%C3%B3rico+da+Promo%C3%A7%C3%A3o+da+Sa%C3%BAde+no+Brasil>. Acessado em: 27 de maio, 2016.

CASTRO, Iná Elias de. GOMES, Paulo Cesar de Costa. CORRÊA, Roberto Lobato. **Geografia: conceitos e temas**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

CASTRO, Josué de. **Geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

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.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. (2011). **O Financiamento do SUS**. Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. (2007). CONASS: 25 Anos. Brasília: CONASS.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço, um conceito da Geografia. In CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.77- 116.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Região e organização espacial**. São Paulo: Ática, 1990.

CZERESNIA, Dina.; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. In **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul-set, 2000.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. 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. 323-364.

FARIA, Rivaldo Mauro de.; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço Território e Saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. IN **Ra´ e Ga**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR

FERREIRA, Marcelo Urbano. Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max. Sorre. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, jul./set. 1991. FIEMG. **FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DE MINAS GERAIS**. Cadastro industrial de Minas Gerais. Disponível em:<<http://www.cadastroindustrialmg.com.br>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

FJP. FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Produto Interno Bruto das Microrregiões de Minas Gerais**. Belo Horizonte: FJP, 2012.

FONSECA, Gildete Soares. 2016. **Migração na microrregião de Pirapora – Norte de Minas Censo 2010**.

FLEURY, Sônia; OUVÉRY, Assis. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1979.

FURQUIM, Tânia Aparecida Correia. Políticas Públicas Direcionadas ao Controle do Câncer de Mama. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de atualização em mamografia para técnicos e tecnólogos em radiologia**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo Atlas, 1999.

GOMES, Paulo César da Costa. A região e sua discussão. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

GONDIM, G.; MOMKEN, M.; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M. B. M. A.; GRACIE, R. O território da Saúde, a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C, BARCELLOS, C. MOREIRA, J. MONKEN, M (org.s) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-255.

GUIMARÃES, Raul Borges; PICKENHAYN, Jorge Amancio; LIMA, Samuel do Carmo. **Geografia e saúde sem fronteiras**. Uberlândia: Assis, 2014.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP Digital, 2014. ISBN 978-85-68334-938-6.

GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia e saúde. In: GUIMARÃES, Raul Borges **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2015, p. 17-39. ISBN 978-85-68334-938-6.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multi territorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>. Acesso em: 04 de dezembro, 2015.

_____. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HAESBAERT, Rogério. Território e Multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**. Rio de Janeiro, ano 11, n. 17, p. 19-44, mar. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. ISBN 978-85-7318-134-0

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa_2016.pdf. Acesso em 09 de maio de 2016.

JUNQUEIRA, Renata Dias. Geografia Médica e Geografia da Saúde. In **Hygeia**: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. V.5, n.8, Jun/2009.

KROEFF, Mario. **O papel da electro-cirurgia numa campanha anti-cancerosa**. In: Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer: promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e reunido de 24 a 30 de novembro de 1935. Actas e trabalhos. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde Pública, v.1, 1936, p.205-210.

LACAZ, C. da S. **Introdução à Geografia Médica do Brasil**. São Paulo: Edgard Blucher, 1972.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LENCIONE, Sandra. **Região e geografia**. São Paulo: EDUSP, 2003.

LIMA, Samuel do Carmo. **Território e Promoção da Saúde**: perspectivas para a Atenção Primária à Saúde. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

LOPES, B; AMARAL, N; CALDAS, R. W. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. 48 p. Disponível em: <http://www.agenda21comperj.com.br/sites/localhost/files/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%C3%94PUBLICAS.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2016.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/polit_intro.pdf. Acesso em 23 de maio de 2016.

MASSEY, Doreen B. **Pelo espaço: uma nova política da espacialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz; LIMA, Samuel do Carmo. Espacialização e Estudo da Tuberculose em Montes Claros no Norte de Minas. IN RAMIRES, Júlio Cesar de Lima. **Dinâmica socioespacial e saúde coletiva em cidades de Minas Gerais**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz. **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.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M.A.S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MATTOS, Ruben Araujo de. BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede Urbana, 2015.

MENDONÇA, Francisco.; ARAÚJO, Wiviany Matozzo de.; FOGAÇA, Thiago Kich. **A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios**. Disponível em: <http://www.investigacionesgeograficas.uchile.cl/index.php/IG/article/viewFile/36675/38269>. Acesso em: 22 de novembro, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Organização Pan-Americana da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. : il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 1, v. 1)

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco – PAV/MG. **Situação do câncer em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde: estimativas de incidência e mortalidade para o ano 2013, válidas para 2014: perfil da mortalidade: perfil da assistência na alta complexidade / Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais**. – Belo Horizonte: SES-MG, 2013. v. 1.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização. Belo Horizonte: SER/MG, 2011**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2015.

MONKEN, Maurício et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.O. Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 23-41.

MORAES, Antônio Carlos Robert. **A gênese da geografia moderna**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MOREIRA, Ruy. **Pensar e ser em geografia**: ensaios de história, epistemologia e ontologia do espaço geográfico. São Paulo: Contexto, 2007.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p.455-466.

PAIM, Jairnilson et al. 2011. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet Série Saúde no Brasil (1), 11-31. Disponível em: <<http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>> Acessado em: 16 de junho, 2016.

PAIM, Jairnilson S. FILHO, Naomar de Almeida. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. IN **Revista Saúde Pública**, 32 (4), págs. 299-316, 1998.

PEITER, P. C.. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. 314 f. Tese (Doutorado em Geografia) Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ – Instituto de Geociências, Programa de Pós- Graduação em Geografia, 2005. Disponível em: <http://www.retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2011/07/2006-geografia-da-saude-na-faixa-PCP.pdf>. Acesso em: 07 de março de 2016.

PEREIRA, Anete Marília. **Cidade Média e Região**: o significado de Montes Claros no Norte de Minas. 2007. 350 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia. Disponível em: http://www.btdt.ufu.br/tde_arquivos/15/TDE-2009-10-08T103209Z-1697/Publico/Anete.pdf. Acesso em: 19 de dezembro, 2015.

PEREIRA, A. M. **Cidade Média e Região**: o significado de Montes Claros no norte de Minas Gerais. Uberlândia, 2007. 351 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, 2007.

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

PESSÔA, S.B. **Ensaio Médico-Sociais**. 2. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.

PIOLA, S.; PAIVA, A.; SÁ, E; SERVO, L. (2013). **Financiamento Público da Saúde**: Uma

História à Procura de Rumo. TEXTO PARA DISCUSSÃO N. 1846, 1-46.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FJP. FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013**. Brasília: PNUD; IPEA; FJP, 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/o_atlas/o_atlas_>. Acesso em: 05 jan. 2014

PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:687-7070)

PNAISH – **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: 2009.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2012, v. 31, n° 3, p. 260–268. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>. Acesso em 12 de março de 2016.

SABO D. **O estudo crítico das masculinidades**. In. Adelman M, Silvestrin CB, organizadores. Coletânea gênero plural. Curitiba: Editora UFPR; 2002. p. 33-46.

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

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **A natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. São Paulo: EdUsp, 2006.

_____. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. 6. ed. São Paulo: Edusp, 2004.

_____. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2002.

SAQUET, M. A. **Por uma Geografia das Territorialidades e das Temporalidades: Uma concepção multidimensional voltada para a cooperação e para o desenvolvimento territorial**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Consequência, 2013.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 26 de maio de 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. In **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17 n.1, 2007. P. 29-41.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em 23 de maio de 2016.

SANGLARD, Gisele Porto. **Entre os salões e o laboratório**: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Site Diariosemana.com (2017). Disponível em: <<<http://diarioasemana.com/fruticultorespirapora/>>>.

SEUÂNEZ, Héctor N. **Introdução à Rede Nacional de Câncer Familiar**. In: Rede nacional de câncer familiar: manual operacional. Rio de Janeiro: INCA, 2009, págs 9-14. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_nacional_cancer_manual.pdf. Acesso em 12 de maio de 2015.

SILVA, Luiz Jacinto da. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.585-593, out. dez, 1997.

SILVA, Lenyra Rique da. **A natureza contraditória do espaço geográfico**. São Paulo: Contexto, 1991.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre espaço e poder. Autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.77- 116.

SPOSITO, Eliseu Savério. **Geografia e Filosofia: contribuição para o ensino do pensamento geográfico**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

STEINBERGER, M. Introdução. In: STEINBERGER, M. **Território, Estado e políticas públicas espaciais**. Brasília: Ler Editora, 2006. p. 21-28.

TEIXEIRA, L. A; FONSECA, C. O. **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. 172 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf. Acesso em 05 de novembro de 2016.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. O câncer na mira da saúde brasileira. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-117, jan | jun2009

TEIXEIRA, Luiz Antonio; FONSECA, Cristina. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2007.

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, 2012. 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.

VAZ, Dirley dos Santos. REMOALDO, Paula Cristina Almeida. A Geografia da Saúde brasileira e portuguesa: algumas considerações conceptuais. In **GEOUSP: Espaço e Tempo**, São Paulo, Nº 29 - Especial, p. 173 - 192, 2011

VIANA, A. L. d'Ávila; BAPTISTA, T. W. de F. Análise de Políticas 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. 59-88.

World Health Organization. Projeto Globocan/Iarc. **Prostate Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**. Genebra: WHO; 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/prostate-new.asp>. Acesso em 05 de novembro de 2015.

ANEXO

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAS DE MONTES CLAROS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESPACIALIZAÇÃO E ESTUDO DO CÂNCER NO NORTE DE MINAS GERAIS: 2004 A 2014

Pesquisador: SANDRA CELIA MUNIZ MAGALHAES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43860115.0.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.074.475

Data da Relatoria: 19/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza explicativa e análise quanti-qualitativa que será realizado a partir do geoprocessamento de informações sobre o câncer no Norte de Minas Gerais, entre os anos de 2004 e 2014. Será realizado também trabalho de campo nos municípios de maior incidência da doença para análise da infraestrutura dos serviços básicos de saúde nesses município, condições de acesso da população aos serviços de atendimento ao câncer, além das condições socioeconômicas e culturais da população.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os fatores determinantes da ocorrência de câncer no Norte de Minas Gerais e sua relação com variáveis socioeconômicas e ambientais, através da aplicação das geotecnologias, entre os anos de 2004 e 2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: O estudo poderá auxiliar na formulação de políticas públicas específicas às causas da deficiência no combate ao câncer no Norte de Minas Gerais, além de compor banco de dados no que se refere à essa doença na região.

Riscos: A pesquisa poderá causar certo desconforto aos participantes ao serem questionados acerca da sua condição de portadores de câncer, bem como aos seus familiares, dada à gravidade

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Prof Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.074.475

da doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante, de cunho interdisciplinar, que poderá ajudar na melhor compreensão dos fatores determinantes da ocorrência de câncer no Norte de Minas Gerais e relação com variáveis socioeconômicas e ambientais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

MONTES CLAROS, 22 de Maio de 2015

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

APÊNDICES

**APÊNCICE A: QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES PARA HOMENS
PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA**

Data da entrevista: ___/___/___ **Horário de início do questionário:** _____:

Entrevistador: _____

O entrevistado é o próprio indivíduo?

_____ **Sim**

_____ **Não (grau de relacionamento _____)**

Município de origem: _____

1 – Idade

() 0 a 19

() 20 a 39

() 40 a 69

() 70 ou mais

2 – Grau de escolaridade:

() Sem escolaridade

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

3 – Renda familiar:

() Menos de 1 salário mínimo

() 1 salário mínimo

() 2 salários mínimos

() 3 salários mínimos

() 4 ou mais salários mínimos

4 – Qual a ocupação do Sr.?

5 – Qual a principal forma de acesso à informação da família?

() Jornal

() Televisão

() Radio

() Revista

() Internet

() Outros. Quais? _____

6 – O Sr. já teve outro diagnóstico de câncer ou tumor maligno dado pelo médico?

() não

() sim parte do corpo: _____ ano do diagnóstico: _____

7 – Na sua família alguém já foi diagnosticado com câncer?

- sim. Quem? _____
 não

8 – O Sr. Tem conhecimento sobre a história familiar e médica do seu pai biológico?

- sim
 não

9 - Seu pai já teve algum diagnóstico de câncer ou tumor maligno dado pelo médico?

- sim, em que parte do corpo? _____
 não
 não sabe

10 – Qual o peso corporal do Sr? _____

11 – O Sr. se considera:

- magro (a)
 um pouco magro (a)
 no peso médio
 um pouco obeso (a)
 obeso
 não sabe

12 - O Sr. pratica atividades físicas?

- sim
 não

13 – Com que frequência?

- diariamente
 1 vez por semana
 3 a 6 vezes por semana
 1 a 3 vezes por mês
 não pratica

14 – Qual modalidade? _____

15 – O Sr. fuma?

- sim
 não

16 – Caso positivo, com que idade começou a fumar? _____ E por quanto tempo? _____

17 – O Sr. convive com fumantes em sua casa?

- sim
 não

18 – O Sr. faz uso de bebidas alcoólicas?

- sim
 não

19 – Se positivo, com que idade o Sr. começou a ingerir bebidas alcoólicas?

- 1 a 2 anos
- 2 a 3 anos
- 3 a 4 anos
- 4 anos ou mais

20 – Quantas refeições o Sr. faz durante o dia?

- duas refeições
- três refeições
- quatro refeições
- cinco ou mais refeições.

21 – Quais alimentos o Sr. ingere frequentemente?

- grãos e cereais (arroz, feijão, entre outros)
- frutas
- verduras, legumes e hortaliças
- leite, queijo, requeijão e derivados
- carne, ovos e derivados.
- massas (macarrão, pães, bolos, entre outros)
- alimentos integrais
- outros alimentos

Quais? _____

22 – Após o diagnóstico de câncer de próstata, quanto tempo o Sr. esperou para começar o tratamento? _____

23 – Quais os tipos de tratamento que o Sr. já fez?

- cirúrgico
- quimioterápico
- radioterápico
- ainda não começou o tratamento.

24 – Onde o Sr. realiza ou realizou o tratamento? _____

25 – Que tipo de transporte o Sr. utiliza para ir até o local de tratamento?

- Público
- Particular

26 – O Sr. encontra alguma dificuldade para fazer o tratamento de câncer de próstata?

- Não
- Sim, quais as dificuldades encontradas?

27 – Para o Sr, como foi ou está sendo o processo de tratamento de câncer de próstata?

28 – Qual foi ou está sendo a maior preocupação do Sr. neste processo de tratamento?

29 – Considerando todos os tipos de tratamento pelos quais passou, qual o Sr. considera mais difícil de ser superado? Por que?

30 – O Sr. já havia realizado o exame de PSA (Antígeno Prostático Específico) antes de ser diagnosticado com câncer de próstata?

- sim
 não

31 – Se positivo, quais os motivos que levaram o Sr. a realizar o exame de PSA (Toque Retal)?

- Sintomas como dores circunstanciais durante o ato de urinar; dificuldade em iniciar e manter um fluxo constante de urina; fluxo urinário fraco; micção excessiva durante a noite; micção frequente, retenção urinária ou vontade de urinar e incontinência.
 Orientação médica
 Recomendação de familiares
 Idade
 Histórico de câncer na família
 Outros. Quais?

32 – Se negativo, qual foram os motivos que levaram o Sr. a não realizar o exame de PSA?

- Falta de informação
 Falta de disponibilidade do exame no município
 Vergonha e/ou receio em fazer o exame
 Outros. Quais _____

33 – O Sr. recebeu e/ou está recebendo o suporte necessário do município para realizar o seu tratamento?

34 – Se positivo, quais suportes o Sr recebeu do município?

Horário de término do questionário: _____:_____

APÊNCICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Município: _____ UF: _____

Unidade de Saúde: _____

Especialidade: _____

Data: ____/____/____

A temática das neoplasias tem se sobressaído em âmbito mundial por figurar na lista dos grandes problemas de saúde pública. Isto se deve ao elevado número de casos registrados, aliado a um reconhecimento tardio da doença e às varias formas com que estas se apresentam o que faz que esta doença esteja cada vez mais presente nas discussões afins. No que tange ao câncer de próstata, vem se destacando como um dos tipos de neoplasia mais recorrente mundialmente. Estatística publicada pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012) têm colocado o câncer de próstata como o segundo tipo de câncer que mais acometeu os homens com cerca de 1,1 milhão de novos casos no mundo em 2012. Quanto a Minas Gerais os números apontam uma crescente nos casos de câncer de próstata; em 2012 foram registrados 6.820 casos. No ano de 2013 53.280 novos casos e 16.830 óbitos de câncer compreendendo taxas de 284 casos novos por 100 mil homens e 232 casos novos por 100 mil mulheres para todas as neoplasias. Entre os homens a maior incidência é do câncer de próstata e nas mulheres o câncer de mama (MINAS GERAIS, 2013). A presente pesquisa visa estudar o câncer de próstata na região de saúde de Pirapora considerando variáveis como as condições de acesso da população doente aos serviços de saúde e está devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer número 1.074.475. Ressaltamos que a opinião do(a) senhor(a) sobre as questões descritas abaixo é de extrema relevância para o desenvolvimento desta pesquisa. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

1. O município recebe algum recurso destinado ao tratamento do câncer de próstata? Se positivo, os recursos disponíveis para o tratamento da doença no município são suficientes para atender a demanda da população-alvo?

2. Quais os principais avanços ou progressos no que tange a prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de próstata no município?

4. Quais as políticas públicas para o enfrentamento do câncer de próstata existentes no município? Se caso positivo, elas são eficientes e/ou suficientes?

5. Dê sua opinião sobre as principais dificuldades encontradas para o enfrentamento do câncer de próstata nesse município e quais estratégias poderiam minimizar essas dificuldades.

Quanto ao acesso, o que poderia ser feito para melhorar as condições desse acesso da população acometida por câncer de próstata aos serviços de saúde?

6. No seu julgamento, quais são os principais desafios para o enfrentamento do câncer de próstata no município?

Montes Claros, _____ de _____ de 2017

Assinatura

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: A GEOGRAFIA DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA MICRORREGIÃO DE PIRAPORA

Instituição promotora: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Patrocinador: Não se aplica.

Coordenador: SANDRA CÉLIA MUNIZ MAGALHÃES

1- Objetivo: Analisar os fatores que podem influenciar na ocorrência/incidência de câncer de próstata na microrregião de saúde de Pirapora entre os anos de 2004 e 2014.

2- Metodologia/procedimentos

O recorte espacial da pesquisa será a microrregião de Saúde de Pirapora. O estudo possui um caráter exploratório, de natureza explicativa e análise quantitativa e qualitativa que será realizado a partir de informações sobre o câncer de próstata, que constam nos prontuários dos serviços de atendimento aos portadores de câncer na microrregião de saúde de Pirapora no Norte de Minas Gerais, entre os anos de 2004 e 2014.

3- Justificativa

Este trabalho apresenta grande relevância social, pois contribuirá contribuir com as políticas públicas de saúde no conhecimento dos municípios da microrregião de Pirapora de maior incidência do câncer de próstata, além dos principais obstáculos encontrados pelos doentes ao procurarem aos serviços de saúde na região. Dessa maneira, poderão ser feitas medidas mais eficientes de prevenção, controle e tratamento do câncer, garantindo melhor acesso da população aos serviços de saúde. É importante destacar também a carência de pesquisas sobre a temática, bem como da inexistência de banco de dados sobre a doença.

4- Benefícios: Conhecimento dos municípios de maior incidência do câncer de próstata na macrorregião de saúde de Pirapora e as principais dificuldades enfrentadas pela população afetada pela doença ao recorrerem aos serviços de saúde na região, o que auxiliará na formulação de políticas públicas específicas de combate às causas da deficiência no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença.

5- Desconfortos e riscos: De acordo com a Res 466/2012, toda pesquisa envolve riscos em tipos e gradações variados. Sendo assim, essa pesquisa poderá causar certo desconforto aos participantes ao serem questionados acerca da sua condição de portadores de câncer, bem como aos seus familiares, dada à gravidade da doença.

6- Danos: Não se aplica

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica

8- Confidencialidade das informações: Não se aplica

9- Compensação/indenização: Não se aplica

10- Outras informações pertinentes: Não se aplica

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante	Assinatura do participante	Data
----------------------	----------------------------	------

Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
--------------------	--------------------------	------

SANDRA CÉLIA MUNIZ MAGALHÃES

Nome do coordenador da pesquisa	Ass. do coordenador da pesquisa	Data
---------------------------------	---------------------------------	------