

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS

DEPARTAMENTO DE GEOCIÊNCIAS

Programa de Pós-Graduação em Geografia

Área de Concentração: Território, Cultura e Meio Ambiente

KÁTHIA VIVIANE RAMOS DE MOURA

**OCORRÊNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO
DE MONTES CLAROS/MG: UM OLHAR PARA A ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE DA MULHER**

**MONTES CLAROS
2017**

KÁTHIA VIVIANE RAMOS DE MOURA

**OCORRÊNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO
DE MONTES CLAROS/MG: UM OLHAR PARA A ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE DA MULHER**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do 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: Território, Cultura e Meio Ambiente.

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

Montes Claros

2017

M929o Moura, Káthia Viviane Ramos de.
Ocorrência do câncer do colo do útero no município de Montes Claros/MG [manuscrito] : um olhar para a atenção básica à saúde da mulher / Káthia Viviane Ramos de Moura. – Montes Claros, 2017.
97 f. : il.

Bibliografia: f. 94-97.

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

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Célia Muniz Magalhães.

1. Território – Montes Claros (MG). 2. Saúde da Mulher. 3. Câncer cervical. 4. Saúde - Políticas Públicas. I. Magalhães, Sandra Célia Muniz. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título. IV. Título: Um olhar para a atenção básica à saúde da mulher.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge - Unimontes

KÁTHIA VIVIANE RAMOS DE MOURA

**OCORRÊNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO
DE MONTES CLAROS/MG: UM OLHAR PARA A ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE DA MULHER**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do 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: Território, Cultura e Meio Ambiente.

Montes Claros, 31 de Julho de 2017.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Sandra Célia Muniz Magalhães – Orientadora–UNIMONTES

Prof^o.Dr^o Marcos Esdras Leite - UNIMONTES

Prof^aDr^a Martha Priscila Bezerra Pereira - UFCG

Prof^aDr^a Ana Ivânia Alves Fonseca – UNIMONTES (Suplente)

RESUMO

As causas de determinantes do câncer do colo do útero podem estar associadas a fatores externos como hábitos da vida cotidiana, realização de exames preventivos e ou a fatores internos como a hereditariedade. Assim torna-se necessário obter informações em torno dos aspectos doença para que se efetivem ações preventivas para o controle da ocorrência e mortalidade pela mesma. Nesse contexto o presente estudo buscou analisar a ocorrência do câncer do colo do útero no município de Montes Claros/ MG a partir da caracterização epidemiológica da doença no período de 2004 a 2014, bem como a efetividade da política de atenção básica à saúde da mulher. Para efetivação dessa proposta foi feito previamente a identificação da área de estudo, a partir daí houve levantamento bibliográfico e documental para subsidiar o referencial teórico da pesquisa, foi realizado levantamento de dados secundários em site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Instituto Nacional do Câncer – INCA. Foi realizada pesquisa de campo junto as unidades de tratamento de referência em oncologia no município, Hospital Dilson Godinho e Santa Casa Nossa Senhora das Mercês para coleta de dados em torno da ocorrência de CCU em Montes Claros bem como em torno da origem dos pacientes que utilizam o tratamento de saúde no município. Feitas essas abordagens verificou-se que os casos de CCU registrados em Montes Claros estão associados a baixa realização do exame preventivo pelas mulheres em idade prioritária, fator que se associa a falta de conhecimento sobre a importância do PCCU e a indisponibilidade do serviço de forma integral e gratuita.

Palavras Chave: Território, saúde da Mulher, Câncer Cervical, Políticas Públicas de saúde.

ABSTRACT

The determinant causes of cervical cancer may be associated with external factors such as habits of daily living, conducting preventive examinations, or internal factors such as heredity. Thus, it is necessary to obtain information about the disease aspects so that preventive actions can be taken to control the occurrence and mortality by the same. In this context, the present study sought to analyze the occurrence of cervical cancer in the municipality of Montes Claros / MG from the epidemiological characterization of the disease in the period from 2004 to 2014, as well as the effectiveness of the basic health care policy for women. To make this proposal effective, the study area was previously identified. From this point on, a bibliographic and documentary survey was carried out to support the theoretical reference of the research, a secondary data collection was carried out on the website of the Department of Informatics of SUS - DATASUS, Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE, National Cancer Institute - INCA. Field research was carried out with the reference treatment units in oncology in the city, Hospital Dilson Godinho and Santa Casa Nossa Senhora das Mercês to collect data about the occurrence of CCU in Montes Claros as well as around the origin of the patients who use it The treatment of health in the municipality. Once these approaches were taken, it was verified that the CCU cases registered in Montes Claros are associated with low pre-emptive examination by women of priority age, a factor associated with a lack of knowledge about the importance of the PCCU and the unavailability of the service in an integral manner And free.

Keywords: Territory, Women's Health, Cervical Cancer, Public Health Policies.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1: ADSCRIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO NORTE DE MINAS POR MICRORREGIÃO DE SAÚDE	49
QUADRO 2: EQUIPAMENTOS PARA EXAMES ESPECIALIZADO DISPONÍVEIS EM MONTES CLAROS/MG.....	51
QUADRO 3: CARACTERÍSTICAS DAS OCORRÊNCIAS DE CCU EM MONTES CLAROS 2004 A 2014.....	66
TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS INVESTIMENTOS DO INAMPS EM 1986 POR REGIÃO.	31
TABELA 2: NÚMERO DE CASOS DE CA DE COLO DO ÚTERO POR ANO DIAGNÓSTICO SEGUNDO UF DE PROCEDÊNCIA NO PERÍODO: 2004-2014	38
TABELA 3: ESTADOS DE MAIOR INCIDÊNCIA DE CCU NO BRASIL	39
TABELA 4: DEFINIÇÃO DE ESCALA E ACESSIBILIDADE PARA COMPOSIÇÃO DAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE.....	48
TABELA 5: EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM SEGUNDO MACRORREGIÃO DE SAÚDE	60
TABELA 6: MORTALIDADE DA POPULAÇÃO FEMININA NO BRASIL DE 2004 A 2014 POR CA DO COLO DO ÚTERO.....	60
TABELA 7: APRESENTAÇÃO DAS TAXAS AJUSTADAS DE MORTALIDADE POR CCU NA MACRORREGIÃO NORTE DE SAÚDE.....	62

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS DE ACORDO COM PDR/MG.....	34
FIGURA 2: MAPA DAS REGIÕES QUE COMPÕE A SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS.	46
FIGURA 3: LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS EM MINAS GERAIS.	46
FIGURA 4: SLOGAN DO CONSULTÓRIO NA RUA EM MONTES CLAROS.....	73
FIGURA 5: AÇÃO RUA DE DIREITOS EM MONTES CLAROS.2016	74
FIGURA 6: AÇÕES DO CONSULTÓRIO NA RUA NO EVENTO RUA DE DIREITOS MONTES CLAROS.2016.....	75
FIGURA 7: ACADEMIA AO AR LIVRE EM MONTES CLAROS.	76
FIGURA 8: UNIDADE MÓVEL DO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA.	78
FIGURA 9: AÇÕES NA PRAÇA NO OUTUBRO ROSA.....	78
FIGURA 10: CORRIDA/CAMINHADA OUTUBRO ROSA ASSOCIAÇÃO PRESENTE	79
FIGURA 11: CAMINHADA OUTUBRO ROSA ASSOCIAÇÃO PRESENTE.....	80
FIGURA 12: PÚBLICO MASCULINO NO OUTUBRO ROSA.	81
FIGURA 13: ESF NO DIA MUNDIAL SEM TABACO EM 2017	82
FIGURA 14: AÇÕES DA SANTA CASA DE MONTES CLAROS NO DIA MUNDIAL DA SAÚDE, 2017	83
FIGURA 15: COLABORADORES DA SANTA CASA NO DIA MUNDIAL DA SAÚDE.....	83
FIGURA 16: MUTIRÃO DE PREVENÇÃO AO CÂNCER MAPA DAS REGIÕES QUE COMPÕE A SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS.	84

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: NUMERO DE CASOS DE CA DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL SEGUNDO ANO DIAGNÓSTICO.....	37
GRÁFICO 2: POPULAÇÃO FEMININA DE MONTES CLAROS/MG POR FAIXA ETÁRIA.	54
GRÁFICO 3: CRESCIMENTO POPULAÇÃO FEMININA DE MONTES CLAROS/MG ENTRE O ANO 2000 E 2010.	55
GRÁFICO 4: POPULAÇÃO FEMININA DE MONTES CLAROS QUE REALIZOU EXAME CITOPATOLÓGICO ENTRE 2004 E 2014.....	55
GRÁFICO 5: EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAL E MICROFLORA/MONTES CLAROS.....	56
GRÁFICO 6: CASOS DE CCU POR FAIXA – ETÁRIA EM MONTES CLAROS ENTRE 2004 E 2014.....	57
GRÁFICO 7: CASOS DE CCU POR FAIXA – ETÁRIA EM MINAS GERAIS ENTRE 2004 E 2014.....	57
GRÁFICO 8: CASOS DE CCU POR FAIXA – ETÁRIA NO BRASIL ENTRE 2004 E 2014.....	57
GRÁFICO 9: CASOS DE CCU POR ANO DIAGNÓSTICO E UNIDADE HOSPITALAR MONTES CLAROS/MG.....	58
GRÁFICO 10: TAXA DE MORTALIDADE POR LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA, MINAS GERAIS 2004 A 2014.	61
GRÁFICO 11: MORTALIDADE ABSOLUTA POR LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA, POR REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS 2004 A 2014.....	63
GRÁFICO 12: TAXA DE MORTALIDADE AJUSTADA, POR LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA E POR REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS 2004 A 2014.	64
GRÁFICO 13: TAXA DE MORTALIDADE POR LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA, 2004 A 2014 MONTES CLAROS/MG.....	65
GRÁFICO 14: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE CCU NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS.....	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Uma construção histórica do controle do câncer do colo do útero no Brasil ----	12
1.2 Metodologia -----	18
2 CONSTRUÇÕES TEÓRICAS EM TORNO DOS TERMOS TERRITÓRIO, SAÚDE E GEOGRAFIA.	21
2.1 O papel do território no processo de desenvolvimento da saúde.....	23
2.2 A implantação do Sistema Único de Saúde (Sus) e a importância do Processo de descentralização	29
2.3 As Políticas de Assistência Básica à Saúde da Mulher	35
2.4 O Câncer do Colo do Útero e a questão do HPV.....-----	40
3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS CASOS DE CCU DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS MINAS GERAIS	46
3.1 O Município de Montes Claros como Polo Macrorregional de Saúde.	47
3.2 A ocorrência do Câncer do Colo Uterino no Município de Montes Claros-----	54
3.3 Análise Geral em torno da mortalidade por Câncer do Colo do Útero.	59
4 A PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO SUS	69
4.1 O papel das ações educativas de promoção da saúde	71
4.2 Ações e programas de saúde desenvolvidos em Montes Claros/MG.	72
4.3 A questão entre as ações de promoção da saúde e a disponibilidade dos exames de PCCU em Montes Claros/MG.	85
4.4 Humanização nas políticas de atenção básica no atendimento às mulheres lésbicas	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	94

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

A motivação para desenvolvimento dessa pesquisa está atrelada à observação em torno da crescente estimativa na ocorrência de casos do CA do colo uterino e mortalidade pela doença em todo o país. Outro fator que contribuiu para o desenvolvimento do estudo foi a necessidade de se analisar a viabilidade das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. A escolha do local de estudo, o município de Montes Claros, ocorreu pelo fato deste ser o pólo macrorregional de saúde que oferta serviços de alta complexidade na região, propiciando assim uma melhor análise em torno da ocorrência, oferta de tratamento e prevenção da doença.

A carcinogênese se caracteriza como um processo que ocorre em múltiplas etapas, envolvendo tanto mudanças genéticas quanto epigenéticas, culminando na ativação de proto-oncogenes e ou inativação dos genes supressores de tumor (SOUTO et. al, 2005). A imunossupressão pode está associada a fatores diversos, de ordem interna ou externa, dependendo do tipo de neoplasia que está sendo desenvolvida no indivíduo, sendo importante também considerar os hábitos de vida e condições de saúde de cada grupo (INCA, 2014).

Causas diversas podem ser associadas à ocorrência dos variados tipos de neoplasias que acometem o indivíduo. No caso do câncer do colo do útero - CCU os fatores de risco incluem a multiplicidade de parceiros sexuais, a idade precoce no primeiro coito, o intervalo curto entre a menarca e o primeiro coito, a exposição ao vírus HPV a partir do contato sexual com homens cujas parceiras tiveram câncer de colo uterino, ou seja, portadoras do HPV, a falta do uso de preservativos, o tabagismo, a falta de conhecimento para prática de exames preventivos (INCA, 2014).

O câncer do colo do útero é a terceira neoplasia de maior ocorrência na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, sendo um problema de grande preocupação para o setor de saúde pública. O CCU é a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram

da doença invasiva, estágio mais agressivo da doença, atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*, sendo esse um tipo de lesão localizada (INCA, 2014). Atinente às afirmações de Farnese e Holfmann (2013 p. 36) tem sido observada uma elevada incidência de neoplasia de colo uterino no Brasil com diagnósticos tardios, trazendo maiores complicações para a saúde da mulher. Os autores destacam que este tipo de câncer continua sendo o terceiro mais comum em mulheres e o sétimo no geral. Mais de 85% dos casos de mortalidade por câncer do colo uterino ocorre em países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde - OMS alerta que esta questão está associada ao baixo índice de imunizações contra o HPV e a falta de investimentos suficientes em serviços de diagnóstico.

As equipes de Estratégia de Saúde da Família -ESF desempenham um papel importante no rastreamento do câncer de colo uterino, uma vez que essa se configura como reorganizadora da Atenção Primária à Saúde - APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, sendo este o ambiente de primeiro acesso dos indivíduos a um sistema de saúde (FARNESE; HOFFMANN, 2013).

Os autores mencionam ainda que as equipes da ESF são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – ACS, responsáveis por uma população definida e delimitada geograficamente, abrangendo um número de até 4.000 habitantes na área sob sua responsabilidade. Os critérios utilizados para essa delimitação são: a demarcação de limites das áreas de atuação de serviços, o reconhecimento do ambiente, reconhecimento da população, dinâmicas territoriais existentes nessas áreas, critérios epidemiológicos, estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. Farnese; Hoffmann, (2013, p.37) salientam que todas as ações iniciais de uma população para promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação encontram-se sob os cuidados das ESF. Assim sendo, toda uma população feminina está sob a responsabilidade destas equipes a fim de realizarem periodicamente o exame Preventivo do câncer do colo do útero – PCCU. Excetuando-se aquela parcela que devida à alta concentração de renda, dispensam voluntariamente os serviços públicos de saúde.

1.1 Uma construção histórica do controle do câncer do colo do útero no Brasil

Conforme as contribuições de Thuler (2012) a partir de uma análise da história do controle do câncer do colo do útero é possível perceber que esta começou a ser escrita há pouco mais de 100 anos e que as grandes descobertas para essa área aconteceram especialmente nas três primeiras décadas do século passado. O autor relata que entre 1899 e 1911, os estudiosos demonstraram a curabilidade do CCU por meio da cirurgia de histerectomia radical sendo que em 1911 Dominici descobriu o princípio da infiltração do radium, “[...] que mais tarde seria utilizado com sucesso para a cura do câncer o que fez com que, a partir de 1920, se iniciasse um período marcado pelo afastamento gradual da cirurgia em favor da radioterapia” (THULER, 2012 p.321).

O autor supracitado expõe ainda que a partir daí várias descobertas foram acontecendo trazendo melhorias significativas para cada fase de tratamento em busca da cura do câncer. No ano de 1925, Hinselmann inovou ao vistoriar o colo do útero com uma luneta, o que se traduziu no advento da colposcopia¹. Logo após Papanicolaou e Babes, em 1928, apresentaram a descrição inicial das alterações citopatológicas do colo uterino, mas a citologia como ferramenta diagnóstica somente foi introduzida em 1941, por Papanicolaou² e Traut, depois de superada a indiferença inicial ao método.

Os avanços no diagnóstico chegaram ao Brasil no ano de 1934 sendo Arnaldo de Moraes, o primeiro a utilizar a colposcopia no país. Neste contexto, Antonio Vespasiano Ramos, assistente do Dr. Moraes na Universidade do Brasil (atual Universidade Federal

¹A colposcopia é um exame visual feito na vulva, vagina e colo do útero. Este exame é uma das formas de descobrir se uma paciente é portadora do vírus HPV, antes mesmo da evolução para o câncer de colo de útero. Quando a doença é diagnosticada precocemente e tratada em estágios iniciais, a chance de cura do câncer pode chegar a 100%. Geralmente a colposcopia é indicada nos casos de resultados anormais do exame de papanicolaou para se identificar as lesões precursoras do câncer de colo de útero. Para mais informações vide Pereyra e Guerra et. al, Atlas de Colposcopia, São Paulo 1996/1997.

²George Papanicolaou (1883-1962) nasceu em Coumi, uma vila grega e se formou médico em Munique, na Alemanha. No ano de 1910 foi morar nos Estados Unidos em Nova York, um ano após passou a ser assistente de laboratório na Universidade Cornell onde tornou-se professor. Em 1923, ele estudava as mudanças provocadas pelos hormônios no útero analisando as secreções uterinas de pacientes, nesta ocasião observou uma amostra diferente, cheia de células deformadas cuja amostra pertencia a uma voluntária com câncer. O pesquisador grego fez o mesmo exame em outras doentes e concluiu que aquele tipo de análise diagnosticava tumores. Porém apenas em 1941 Papanicolaou despertou o interesse dos médicos para o exame que hoje leva o seu nome, e que é considerado o melhor jeito de prevenir o câncer de colo uterino.

do Rio de Janeiro) defendeu em tese a citologia esfoliativa como método para o diagnóstico do CCU. Há ainda registro de que Arnaldo de Moraes tenha sido o primeiro no mundo a utilizar, simultaneamente, colposcopia e citopatologia (MS/INCA, 2011).

Mediante relatos no histórico do INCA consta que o primeiro serviço de citopatologia³, no Brasil, foi fundado em 1956, na Santa Casa de Belo Horizonte. Nesse mesmo ano o então presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro (atualmente Hospital do Câncer III /INCA) para atender aos casos de câncer da mama e do aparelho genital feminino.

Logo em seguida, no ano de 1957, foi criada a Sociedade Brasileira de Citologia. Com este advento e com um maior aprofundamento acerca das questões da saúde voltadas para a cancerologia começaram a surgir estudos que apresentavam a necessidade da mulher, que estivesse na faixa etária de 30 a 50 anos a se submeter periodicamente a um exame inicial para descobrir a possibilidade de um câncer inicial do colo uterino, pois nessa faixa etária a população feminina seria mais vulnerável ao desenvolvimento da doença (MS, 2011).

Na concepção de Thuler (2012, p.322) era o começo de uma mudança de paradigma, uma vez que, “[...] além da cirurgia e da radioterapia, importantes para o tratamento de pacientes com CCU, passou a ser valorizada a importância da descoberta precoce da doença”, a partir de então passou a ser incentivado àquela que se tornaria uma das mais efetivas estratégias de prevenção secundária conhecida na atualidade: O exame de Papanicolau técnica utilizada para o rastreamento do CCU.

As campanhas para o rastreamento do câncer do colo do útero, a partir da utilização do teste de Papanicolau começam a tomar significativa expressão em meados da década de 1960. Essas campanhas eram organizadas por médicos brasileiros que procuravam seguir a linha das campanhas de rastreamento populacional desenvolvidas na América do Norte e na Europa.

³A Citopatologia é a área de atuação da Patologia que estuda as doenças a partir de observação ao microscópio de células obtidas por esfregaços, aspirações, raspados, centrifugação de líquidos e outros métodos. Praticamente todos os órgãos e tecido podem fornecer material para o estudo citológico, permitindo exame rápido, pouco invasivo e não traumático. As amostras celulares são dispostas em lâminas de vidro identificadas e posteriormente coradas pela técnica de Papanicolaou ou outra.

Diante de tais feitos a segunda metade da década de 1960 realça no Brasil a inauguração de uma nova concepção metodológica para o controle do câncer do colo do útero. “O exame Papanicolau fazia da citologia um método de primeiro nível e a colposcopia passou a ser utilizada como segundo nível” (TEMPERINI, 2012 p.345).

A autora acrescenta ainda que na década de 1960 apenas os serviços e clínicas de ginecologia realizavam exames diagnósticos nas mulheres. O atendimento populacional, no âmbito da prevenção não era feito em grande escala no Brasil, essa performance toma novos moldes quando passa a acontecer uma mudança no contexto de concepção da doença e do seu método de controle, nessa conjuntura a prevenção do câncer do colo do útero começava a deixar o ambiente dos consultórios, hospitais especializados e gabinetes ginecológicos começando a se transformar numa atividade concernente à saúde pública.

É a partir desse período que a organização Pan-americana da saúde (OPAS) dá a devida notoriedade para o câncer do colo do útero como um importante problema para a saúde pública dos países da América Latina, propondo a elaboração de programas específicos para o controle deste tipo de câncer. O surgimento da estruturação de caráter nacional considerando a atuação do governo federal surgiu somente em 1980, quando foi lançado pelo MS, em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o Manual de normas e procedimentos para o controle do câncer cérvico-uterino. Conseqüentemente nos 1983/1984, a “Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil do Ministério da Saúde definiu as bases de Assistência Integral a Saúde da Mulher, incluindo, entre as recomendações, ações voltadas para o controle do CCU e da mama” (THULER, 2012, p.1).

Considerando as exposições dispostas nos informes do Ministério da Saúde – MS (2013) é relevante destacar que a implantação de estratégias efetivas de controle do CA de colo do útero se justifica devido aos elevados índices de mortalidade pela doença no Brasil. Tais estratégias devem incluir promoção à saúde, prevenção e detecção precoce da doença, tratamento e cuidados paliativos. A elaboração de políticas públicas na atenção básica é de suma importância devendo-se dar um grande enfoque à atenção integral a saúde da mulher.

Partindo para as particularidades regionais, municipais e setoriais da atenção básica, enfoca-se neste estudo a análise da ocorrência do câncer do colo do útero no

município de Montes Claros, localizado na mesorregião norte do estado de Minas Gerais.

Montes Claros está localizada na Bacia do Alto Médio São Francisco no Norte do Estado de Minas e situa-se a 418 km de distância da capital mineira Belo Horizonte, tendo como principal acesso a BR-135. Segundo estimativa do IBGE para 2016 a população do município é de 398.288 habitantes. Deste total 206.600 habitantes formam o contingente feminino da população. Montes Claros é a cidade sede da microrregião de Montes Claros composta por 22 municípios e exerce o papel de polo regional de saúde, atendendo ainda a demanda das demais microrregiões do Norte de Minas e Sul da Bahia. A cidade possui uma importância ímpar nos tratamentos especializados em saúde como no caso de atendimentos oncológicos, os hospitais Dilson Godinho e a Santa Casa Nossa Senhora das Mercês são as unidades de referência para suporte a esses tratamentos.

O objetivo geral dessa pesquisa é analisar a ocorrência do câncer do colo do útero município de Montes Claros Minas Gerais a partir da caracterização epidemiológica da doença no período de 2004 a 2014, bem como a efetividade da política de atenção básica à saúde da mulher. A partir de uma abordagem mais específica os objetivos se concentram em: Reconhecer a evolução dos programas públicos de atenção à saúde da mulher, enquanto agente propulsor da melhoria da qualidade de vida da população feminina, compreender a relevância dos processos de promoção e prevenção da saúde no controle do câncer do colo uterino no município de Montes Claros/MG, entender a importância das ações de promoção da saúde como fator condicionante de melhores condições de vida.

Na construção apresentada, o estudo epidemiológico se faz necessário para que se possa ter uma visão ampla do contexto de desenvolvimento da doença. Pois a epidemiologia se traduz como o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações. A epidemiologia busca ainda a aplicação dos resultados desses estudos no controle dos problemas de saúde abarcando todas as nuances espaciais do indivíduo e seu território.

Quando se fala em análise espacial remete-se a todo arcabouço social e econômico no qual o indivíduo se inclui. Para Câmara et. al (2004, p. 2) a análise espacial busca mensurar propriedades e relacionamentos, considerando a localização

espacial do fenômeno em estudo. “[...], ou seja, a idéia central é incorporar o espaço à análise do que se deseja fazer.” O uso pioneiro da análise espacial foi feito no século XIX por John Snow, o estudioso lançou mão da produção de mapas da localização das residências onde ocorreram óbitos pela doença, e das bombas d’água existentes na cidade, com o intuito de conhecer os mecanismos de ocorrência de uma das várias epidemias de cólera, ocorrida em Londres, no ano de 1854. Entre os demais tipos de dados que podem ser utilizados na análise espacial, os chamados “áreas com contagens e taxas agregadas” são usados em censos e estatísticas de saúde, pois, estão associados a levantamento populacionais e originalmente se referem a indivíduos localizados em pontos específicos do espaço. “[...] Por razões de confidencialidade esses dados são agregados em unidades de análise, usualmente delimitadas por polígonos fechados (setores censitários, municípios)” (Câmara et. al 2004, p. 2).

No Brasil, historicamente, a mulher está inserida num contexto social diferenciado no qual existe uma desigualdade de gênero ainda marcante. No ambiente da saúde a presença da mulher é ainda mais expressiva, pois seu papel não se restringe apenas ao autocuidado, deve ser considerada sua condição de mãe e acompanhante dos companheiros conjugais e idosos. Diante deste processo existe uma necessidade de avaliar a situação da saúde da mulher de maneira mais cuidadosa, uma vez que existe todo um processo psicossocial que exerce influência marcante no contexto da saúde tornando-o ainda mais complexo.

Expostas tais considerações surge a seguinte problematização: Existe eficácia na aplicabilidade da política de prevenção e assistência a saúde da mulher no município de Montes Claros? Quais os principais fatores que contribuem para a ocorrência da doença no município de Montes Claros?

Mediante as informações do INCA o câncer do colo do útero, na análise regional do Brasil se destaca como o mais incidente na região Norte, o segundo de maior prevalência nas regiões Centro-Oeste e Nordeste e o terceiro mais incidente na região Sudeste com taxas de 11,3/100 mil mulheres afetadas. No tocante ao índice de mortalidade, no ano de 2013 a taxa de óbitos na região Sudeste por este tipo de câncer foi de 3,59/100 mil mulheres. No estado de Minas Gerais no período de 2004 a 2008 a taxa proporcional de mortalidade por CA de colo de útero foi de 5,39 por 100mil mulheres e entre os anos de 2010 a 2014 houve uma redução e a taxa ficou em 4,47 por

100 mil. Mesmo com a redução o percentual estadual foi maior do que o índice regional. No município de Montes Claros a taxa bruta de mortalidade pela doença em destaque foi de 1,56 em 2013 e de 5,47 por 100 mil mulheres no ano de 2014. Esta taxa é significativamente alta uma vez que demonstra a evolução dos casos que levam a população feminina a óbito.

É importante entender que o acesso à saúde acontece de forma diferenciada para diferentes grupos populacionais. Pois a disponibilidade dos serviços é ofertada de maneira singular; sendo assim o recorte espacial sobre o qual estão sendo aplicadas as políticas de atenção básica à saúde deve ser analisado de forma detalhada, para que a mesma seja eficaz e exerça fielmente o princípio da equidade. Ainda que venha ocorrendo mudanças nas políticas públicas de saúde, verifica-se a fragilidade do sistema quando se faz uma apreciação isolada acerca da situação da saúde em cada território.

Diante de tais exposições justifica-se a acuidade desse estudo que busca uma análise intrínseca do desenvolvimento do câncer do colo do útero no município de Montes Claros/MG, bem como o conhecimento da aplicabilidade da política de atenção básica a saúde da mulher, voltadas para prevenção e diagnóstico do câncer do colo do útero. A obtenção de dados associada ao estudo de análise da incidência da doença viabilizará o conhecimento da política de conscientização, prevenção e assistência à saúde da mulher; podendo assim servir como suporte para a construção de metas e condicionamento de ações que venham garantir a melhoria das condições de acesso à saúde da população feminina no município em estudo.

Outra diretriz importante está respaldada no papel da acessibilidade que busca possibilitar ao usuário do sistema de saúde o acesso universal e contínuo aos serviços prestados, a aplicabilidade dessa diretriz na política de saúde deve ser cuidadosamente estudada, pois, uma das maiores dificuldades encontradas no atendimento está em torno do acesso ao atendimento. É uma questão delicada visto que os serviços especializados estão concentrados nos polos macrorregionais de saúde, fato este que inviabiliza o atendimento uma vez que as unidades estão com uma sobrecarga de pacientes cada vez maiores, assim os procedimentos, especialmente os preventivos, acabam sendo protelados interferindo firmemente nas condições de saúde do indivíduo.

1.2 Metodologia

A metodologia utilizada para desenvolvimento desta pesquisa baseou-se, inicialmente, com o levantamento de todos os dados necessários, em torno do assunto pesquisado. Essa técnica de documentação indireta permitiu o conhecimento prévio dos aspectos teóricos da doença e dos programas de atenção a saúde da mulher, oferecendo a formulação de um pensamento reflexivo sobre a pesquisa. A segunda etapa do processo metodológico consistiu em visita a campo, para coleta de dados junto às unidades de referência de tratamento de neoplasias no município de Montes Claros, Hospital Dilson Godinho e Santa Casa Nossa Senhora das Mercês. A pesquisa de campo proporcionou o contato direto com o ambiente de saúde e a obtenção de dados diversos em torno dos casos da doença, foram levantados dados sobre o CA de útero por período de ocorrência, idade da paciente, origem de residência, data do diagnóstico e início do tratamento, possibilitando uma apreciação mais concisa em torno dos casos.

Os dados obtidos foram utilizados para traçar o perfil de 10 anos de ocorrência do câncer do colo uterino no município de Montes Claros a partir da elaboração de quadros, gráficos e tabelas que permitam uma análise mais detalhada dos resultados. Posteriormente será realizada entrevista não estruturada com os diretores dos centros de tratamento de neoplasias, da unidade macrorregional de Montes Claros. A partir da pesquisa em sites oficiais da Fundação Dilson de Quadros Godinho, Hospital Santa Casa, Associação Presente, Secretaria de Saúde do Município de Montes Claros, obteve-se o conhecimento de programas, ações e campanhas que contribuem de forma direta com a sociedade, levando informações e sensibilização da população vulnerável sobre a importância vital da realização periódica de exames preventivos e demais cuidados pessoais. Ainda nesta etapa da pesquisa foi possível conhecer alguns programas de humanização em saúde, preconizados pelo Sistema Único de saúde, como fator de melhoramento nas relações da mesma.

O universo da pesquisa é a parcela populacional de mulheres do município de Montes Claros que compõem a faixa etária entre 25 a 64 anos, que tiveram registro de CA do colo do útero no período de 2004 a 2014. A coleta de dados em torno das ocorrências da mortalidade feminina acometidas pelas neoplasias do colo do útero estando estas em idade fértil ou não, será feita no tabulador hospitalar do Instituto

Nacional do Câncer (INCA), site de domínio público, dados sobre a disponibilidade de equipamentos para exames e tratamento específicos, serão tabulados no Excel a partir do levantamento no *Tabwin*, site de domínio público disponível pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Os dados obtidos em campo bem como àqueles levantados nos sites oficiais de domínio público do INCA e DATASUS foram compilados originando os dados utilizados para elaboração dos gráficos, quadros e tabelas que mostram a incidência do CA de útero no município de Montes Claros, a mortalidade feminina tendo como causa do óbito a neoplasia em estudo e a dispersão da doença por faixa etária.

Os números sobre a mortalidade feminina devido ao CCU deram origem aos gráficos que mostram as taxas evolutivas ou regressivas dos óbitos por câncer cervical no período de 2004 a 2014, alguns aspectos como diagnóstico tardio ou recidiva da doença, foram considerados para análise e construção dos embasamentos expostos. Após a apresentação dos quadros, tabelas e gráficos foi apresentada uma discussão em torno da eficácia e alcance do público alvo das ações das políticas públicas de saúde municipais que estejam voltadas para o rastreamento, controle e prevenção da doença no território de Montes Claros.

Os dados sobre a disponibilidade de equipamentos de saúde que são objeto de exames preventivos e de tratamento da neoplasia de CA de Colo Uterino serão dispostos em tabela e comparados com a proporção da parcela mais vulnerável da população à doença. Esta parcela são as mulheres em idade fértil que possuem entre 25 e 64 anos de idade, momento prioritário da prevenção do câncer de colo uterino. O quantitativo total de mulheres nesta faixa etária será levantado no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000 e 2010).

Este trabalho está dividido em três capítulos nos quais foram desenvolvidas as abordagens dos objetivos geral e específicos subsidiando aspectos teóricos para respostas às problemáticas apresentadas. No primeiro capítulo foi realizada uma abordagem teórica acerca dos temas geografia e saúde, a construção desse capítulo foi integralmente baseada em pesquisa bibliográfica, trazendo a visão de autores como Pereira e Barcellos (2006), Godim (2008), Santos e Silveira (2008), Moken (2010), Guimarães et.al (2014), sobre os temas em estudo. Como subtópico foi apresentado um

breve histórico sobre a origem e evolução das políticas públicas de atenção básica à saúde da mulher no Brasil, sendo nesta temática destacados os procedimentos voltados para a prevenção do CA de colo do útero e promoção da saúde.

No segundo capítulo foi analisada a doença no município de Montes Claros/MG, com enfoque para os principais fatores que influenciam na evolução do CA de colo do útero, como a realização do exame citopatológico de prevenção, escolaridade, consumo de tabaco e derivados, e apresentação dos resultados da pesquisa. Serão discutidos dados sobre a mortalidade pela doença no município sendo tecidas algumas considerações em torno da questão do acesso ao tratamento. Esse fator é muito importante ao se analisar o painel da saúde da mulher em territórios mais específicos, todos os tratamentos de radioterapia e quimioterapia bem como exames mais especializados são realizados nas unidades macrorregionais acarretando uma sobrecarga nos serviços prestados nestas unidades.

O terceiro capítulo dará enfoque aos principais termos da política de humanização da saúde, proposta pelo SUS. Foi feita uma breve abordagem em torno das políticas públicas de saúde, visando a parcela lésbica da população feminina e público LGBT. Por fim serão apresentadas as principais ações de promoção da saúde, especialmente àquelas voltadas para as mulheres, que são desenvolvidas no município de Montes Claros/MG.

CAPÍTULO II

2 CONSTRUÇÕES TEÓRICAS EM TORNO DOS TERMOS TERRITÓRIO, SAÚDE E GEOGRAFIA.

A discussão acerca das relações que delineiam o vínculo da população com seu território de vivência é respaldada numa retórica de cunho histórico que busca retratar a influência do meio sobre o homem para definição do modo e condições de vida local. Tais condições de saúde estão atreladas às políticas públicas de saúde que utilizam do processo de territorialização para o desenvolvimento de diretrizes que atendam as carências da população.

O ser humano em todo o seu ciclo vital carece que lhe seja dirigida atenção em relação aos aspectos da saúde, considerando especificidades como faixa etária e condições populacionais de cunho social, econômico e cultural. Enquadra-se nesse contexto o estudo do panorama territorial no qual o indivíduo está inserido, observando-se os aspectos da saúde, pois o conhecimento das peculiaridades desse território serve de embasamento para a instituição de políticas de melhoramento dos aspectos de desenvolvimento humano de um dado local.

Mediante as considerações de Tonucci Filho (2013) as várias formulações do conceito de território devem ser cuidadosamente analisadas visto que estas são orientadas por correntes filosóficas diferenciadas. A geografia política, por exemplo, traz uma concepção tradicional de território associada à sua postura jurídico-política, onde “[...] o território é uma área delimitada pelas fronteiras nacionais de um Estado” esta foi a visão mais difundida na geografia que influenciou fortemente o imaginário das pessoas leigas (MONKEN, et.al, 2010, p.4).

Tal preceito tem suas bases na perspectiva ratzeliana de vinculação entre território e os fundamentos materiais do Estado moderno onde o peso das relações sociais é deixado a margem (TONUCCI FILHO, 2013). Entretanto é preciso considerar

que uma vez integrado ao processo de saúde, as abordagens em torno do termo território tornam-se mais amplas, onde o mesmo deve ser visualizado, segundo Pereira e Barcellos (2006), como “[...] o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças” (PEREIRA E BARCELLOS, 2006 p.51).

Para Monken et.al, (2010, p.5) as discussões sobre território “[...] incorporam o componente cultural considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política”. Desta forma a ideia de território partiria do político para o cultural, desde as fronteiras entre os povos até os limites do corpo e do afeto construído entre as pessoas. Nesta perspectiva o autor destaca que o forte apelo antropológico desta abordagem do conceito de território abre boas possibilidades para as análises em saúde e para o entendimento contextual do processo saúde-doença.

A construção exposta torna-se ainda mais importante uma vez que para a saúde o território é o abrigo do público-alvo, desta maneira primeiramente deve ser definido o território alvo e a partir daí iniciar o processo de conhecimento de suas particularidades, para Faria (2013 p.134) “[...] o território determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade afinal as pessoas e famílias são identificadas entre outros, pelo seu endereço”, dessa maneira o território definido se constitui como a porta de entrada para os serviços básicos de saúde. Em consonância com tal afirmação Pereira e Barcellos (2006) contribuem que a caracterização da população e de seus problemas de saúde requer como condição prévia o reconhecimento do território de atuação, sendo que esta prática também serve como diretriz para avaliar os impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Em colaboração com as proposições acima descritas Guimarães et. al (2014, p.103) diz que “[...] o território tem se constituído em uma das principais categorias da estratégia espacial na implantação do Sistema único de saúde- SUS”. Primordialmente devido ao processo de descentralização, que teve sua base formulada a partir da reforma

sanitária⁴ ocorrida no Brasil, utilizando a municipalização e a integração como critério de organização dos serviços de saúde.

2.1O papel do território no processo de desenvolvimento da saúde.

Na concepção de mundo globalizado no qual as fronteiras comerciais e culturais vem-se alargando cada vez mais devido ao intenso fluxo de tecnologia e informação o território torna-se o palco do progresso sendo atingido em todas as suas funções, seja alimentar, habitacional, cultural ou econômica, sendo assim averigua-se a amplitude do termo que envolve as múltiplas formas de apropriação do espaço nas diversas escalas espaço-temporais (HAESBAERT, 2002 p.135).

O território apresenta-se como o cenário principal, do desenvolvimento do processo saúde-doença, pois é a partir do diagnóstico territorial que será compreendida a cumplicidade que envolve o meio natural, a vivência humana e a prática cultural, tais fatores são condicionantes do amadurecimento psicológico e estruturação social que permeia toda condição do indivíduo, do adoecer, viver e morrer. Neste sentido, Santos (2003, p.46) colabora que:

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 à base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que está falando em território usado, utilizado por uma população.

Diante desta acepção é importante relevar que a geografia muito tem contribuído para o desenvolvimento e aplicabilidade das políticas de bem estar social, em especial no campo da saúde. No âmbito desta o território ganha visibilidade a partir da

⁴O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (FIOCRUZ).

instituição do Sistema Único de Saúde – SUS que traz em seu processo de descentralização dos serviços de atenção básica a necessidade de conhecimento das bases territoriais especialmente a nível municipal.

A visão acerca de tal ocorrência condicionou a operacionalização do SUS e a estruturação de suas ações baseadas na divisão territorial. Gondim et al, (2008, p.03), descreve que este sistema utiliza nomenclaturas e divisões territoriais diversificadas para a operacionalização de suas ações, entre estas denominações estão “o município, o distrito sanitário, a micro área, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros” sendo elas áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder.

Dada a consolidação da atuação dos serviços esse mesmo território ganha uma nova roupagem que está subsidiada no vínculo social que passa a ser desenvolvido e a relação de poder se estende a subjetividade individual que cria um sentimento de pertencimento.

Neste contexto o território se define como um espaço singular que além dos limites políticos administrativos é reflexo da ação de grupos de atores sociais que trazem identidade ao local. “O espaço – território, muito além de um simples recorte político operacional do sistema de saúde é o *locus* onde se verifica a interação da população e serviços no nível local”. Desta forma, o território está constantemente num processo de construção onde existe uma variação no perfil de seus componentes elementares devido a influências socioculturais (GONDIM ET. AL, 2008, p.02).

Assim se expressa uma similaridade singular do aspecto de divisão política do território da geografia e as bases utilizadas para atuação dos serviços de saúde, pois os limites geográficos são considerados quase em sua integralidade para delimitação de áreas de atuação dos serviços de atenção básica. Não podemos dizer em sua totalidade uma vez que em muitas regiões existe a discordância entre o limite da divisão política e a delimitação utilizada na saúde, para exemplificar tal fato podemos considerar a macrorregião Norte de Minas Gerais que no âmbito geográfico abrange 89 municípios e para efeito da política de saúde abrange apenas 86. Porém a unidade mínima, que é o município, não é alterada.

Mediante informações do Ministério da Saúde – MS apresentadas no Estudo feito na Rede de Atenção à Urgência e Emergência na Mesorregião Norte de Minas Gerais (2011) o Plano Diretor de regionalização – PDR do Estado de Minas Gerais adotou desde o ano de 2002 uma divisão territorial específica visando uma resposta mais satisfatória a determinadas situações de saúde. Consoante o PDR, Minas Gerais está dividida em 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde. No estudo acima mencionado Marques (2011, p.11) enfatiza que:

As microrregiões têm como característica desejada a autossuficiência em situações de média complexidade na área de saúde, para tanto se atribuiu a escala populacional mínima de 100.000 habitantes e a distância máxima ao polo microrregional de 60 minutos em estrada pavimentada deslocando-se a 60 km/h. As macrorregiões, em tese, devem ter autossuficiência em grande parte da alta complexidade e por isso se estabeleceu uma escala populacional mínima de 500.000 habitantes na referência territorial.

Para Faria (2013) o destaque para a territorialização dos serviços de atenção primária à saúde é primordial, pois estes, diferentes dos serviços especializados, devem operar sobre uma base territorial bem definida. O autor menciona ainda que “[...] é na dinâmica do planejamento territorial dos serviços do SUS que a contribuição geográfica se faz mais importante [...]”, sendo necessária a reflexão sobre os modos ou métodos desse planejamento nas diversas escalas e em relação aos diversos setores de saúde (FARIA, 2013, p.133).

É respaldada na proposta de um delineamento profícuo do território e na descentralização que se encaixa a municipalização dos serviços de saúde. Segundo Gondim et.al (2008, p.4) a municipalização foi colocada como diretriz operacional do sistema de saúde para que se pudesse promover um novo desenho estrutural de atuação, a ideia-força desse processo estava concentrada na noção de território e na necessidade de delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, a perspectiva “[...] era de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade – equidade e integralidade de ações – às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada”.

No cenário de construção da ação de descentralização da saúde a normatização da política de atenção básica regulamentada pelo decreto 2.488/2011 possui uma participação ímpar, visto que dentro de suas diretrizes e fundamentos enquadra-se a ação de planejamento e desenvolvimento setoriais em território adstrito. Este ato visa viabilizar o programa de descentralização das ações para que estas promovam impactos nos condicionantes e determinantes da saúde da coletividade que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2011).

Para fins da dinâmica do processo de municipalização podem-se identificar diferentes territórios, consoante Mendes *apud* Gondim et. al (2008, p.8) tais territórios são:

Território-distrito - onde a delimitação é político-administrativa, Território-área - delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial, Território-micro área – delimitado com lógica na homogeneidade socioeconômica sanitária e Território-moradia – como lugar de residência da família.

Considerando a organização da atenção básica termos como: espaço territorial área de abrangência de unidade, adscrição da clientela e outros, ficam destacados em todos os termos normativos como possibilidade de se demarcar um território. Inicialmente o objetivo dessa organização “[...] é compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença, como resultante da interação dessas diversas dimensões” (GONDIM, et. AL 2008, p.9). Ainda segundo os autores, posteriormente a intenção é criar condições necessárias para vigiar, regular, controlar, organizar e intervir sobre os problemas e necessidades que surgem no território e com a população.

Outro ponto a ser analisado no quadro das políticas de saúde que também apresentam características geográficas está associado aos princípios norteadores do SUS. Atinente a colaboração de Faria (2013) aspectos composicionais do SUS que versam sobre a saúde como direito de todos, universalidade, bem como seu caráter de equidade merece certa atenção geográfica por estar diretamente atrelada ao território e a forma como os serviços são dispostos territorialmente.

Quanto à equidade a perspectiva se amplia, pois a questão vai além do processo de igualdade e ou desigualdade envolvendo também o preceito de justiça social, mediante esta construção o autor supracitado enfatiza que quando todas as necessidades de saúde, de todos os cidadãos são atendidas em todo e qualquer lugar de forma equitativa é possível dizer que o sistema de saúde é Universal. Faria (2013, p.132) pontua ainda que:

Se a universalidade supõe e exige o território, ainda mais a equidade. Pode-se mesmo afirmar que não existe equidade social de saúde sem que haja, antes, uma equidade territorial. Obviamente, o que adianta ter acesso ao médico se não se tem acesso à comida? O direito à saúde em todas as suas dimensões envolve e supõe o direito ao território, haja vista que, como conceito a saúde é um problema muito mais social do que médico.

Vê-se nessa exposição à importância da geografia enquanto ciência, cuja riqueza de análise faz com que sirva de suporte para a implantação de políticas públicas responsáveis pelas condições de vida e saúde de toda uma população, observando a sua singularidade. Notoriedade deve ser dada a concepção de Santos e Silveira (2008) ao mencionarem que a categoria de análise da abordagem geográfica, enquanto tema das ciências sociais, ou seja, como questão histórica, é o território utilizado e não o território em si mesmo, uma vez que esta concepção demonstra a presença do pensamento geográfico na abordagem da saúde. Pois ainda que a territorialização de atividades de saúde busque, muitas vezes, uma utilização do termo apenas de forma meramente administrativa, é impossível negligenciar seu potencial para o desenvolvimento de relações sociais e identificação de seus problemas (CAMPOS, 2011).

Mediante os ensinamentos de Guimarães et.al (2014) é preciso reconhecer que a territorialização não resolve todos os problemas do SUS, podendo ser melhor caracterizada como uma abordagem que expressa a saúde como sendo uma produção social que se expressa no território. Os autores dizem ainda que o sistema possui diretrizes muito claras de territorialização e regionalização da saúde que são pressupostos da organização dos processos de trabalho e práticas de saúde.

A representação recorrente desta conduta é a criação de ambientes favoráveis a melhores condições de vida, é o que Guimarães et.al (2014) denomina como construção de territórios saudáveis cujos quais se faz a partir do estabelecimento de políticas públicas urbanas, voltadas pra melhoria das condições de vida.

Cada local possui suas particularidades e diversidades, econômica, cultural ou social, não sendo possível o estabelecimento de uma política unitária para lugares que possuem características e necessidades diferenciadas. “É preciso conhecer, em cada lugar, a população, seus costumes, hábitos, necessidades para que se possa contribuir para construção de ambientes saudáveis” (GUIMARÃES ET.AL, 2014, p.86). Este conhecimento local ocorre a partir da prática atenção primária realizada nos postos de Estratégia de saúde da Família – ESF, neste panorama Pereira e Barcellos (2006, p.57) ratificam que:

As diferentes concepções de território são expressas na prática de trabalho das ESF através: a) do modo de entender a área de trabalho; b) da forma de organização da ESF e; c) da maneira como são estabelecidos os vínculos com a população e o território. Dessa forma, existem várias maneiras com que as ESF mencionam os atributos do local: um território amorfo que contém uma população a ser atendida; um local com características próprias de difícil apreensão; ou um local com características inerentes ao lugar e em que estas influenciam no modo dessa população pensar e agir no território. Estas diferentes concepções podem influenciar consideravelmente na operacionalização do programa.

A visão multiterritorial é resultado da efetivação das ações de atenção, promoção e prevenção que intencionam oferecer melhores condições de vida, através do qual se considera que existem outras forças atuantes sobre o território, além da lógica dos serviços de saúde (PEREIRA, BARCELLOS, 2006).

Nesta perspectiva Santos e Silveira (2008, p.247) concluem que quando quisermos definir qualquer pedaço do território, será preciso considerar a “[...] interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política”. Afirmando que desta forma nos deparamos com o território vivo, vivendo, considerando o que é imóvel e o que é móvel, ou seja, seus fixos e fluxos.

Entender o território como forma de melhorar as condições da saúde, a partir das políticas de planejamento e prevenção é um constituinte básico para a promoção da saúde, uma vez que deve coexistir na esfera socioambiental uma articulação entre o indivíduo e o meio apropriado. Aí está a essência do processo de saúde/doença dos

indivíduos em determinado local, pois a percepção das pessoas em relação à gravidade de tal doença e a importância da conscientização está associada ao aspecto sócio intelectual do indivíduo inserido em uma sociedade.

Por isso a dissociação entre aspectos do conceito de território no âmbito da saúde e da geografia é de difícil realização uma vez que ambos trazem apreciações e análises semelhantes ao considerar o território e a população. A territorialização dos serviços de saúde preconiza o reconhecimento do local para promover a saúde de forma o mais uníssona possível, garantindo assim o caráter da universalidade e equidade do SUS.

Expostas tais colaborações conclui-se que a geografia contribui de forma ímpar para o desenvolvimento das políticas de saúde que serão responsáveis pela construção de ambientes saudáveis. O território é a base fundamental para desenvolvimento das políticas norteadoras do sistema de saúde, seja considerando seu aspecto jurídico-político, histórico-cultural e/ou socioeconômico.

2.2 A implantação do Sistema Único de Saúde (Sus) e a importância do Processo de descentralização.

Precedente a instituição do Sistema Único de Saúde, em âmbito nacional, a lei 6.229/75 regulamentava os parâmetros da política que instituiu o Sistema Nacional de Saúde – SNS. A nova proposta de lei trazia uma abrangência maior do sistema público de saúde que deveria estar ao alcance de uma parcela mais significativa da população que até então não tinha cobertura. É importante relatar que o SNS nesta ocasião mantinha a execução de todas as ações de saúde, pois o sistema era centralizado, com responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde, as ações ora desenvolvidas eram quase que exclusiva para a promoção da saúde e prevenção de doenças, destacando o controle de endemias e as campanhas de vacinação (SOUZA, 2002).

De acordo com os relatos expostos na V conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília/DF em 05 de agosto de 1975, nos últimos decênios foi notória a decadência e insuficiência da coordenação e entrosamento entre as entidades e agentes

de saúde, resultando tal fator na baixa produtividade global do setor. Foi a partir do reconhecimento desta falha que se buscou promover a elaboração e encaminhamento da Lei 6.229 com o objetivo de reestruturar o SNS. Em relação à lei aqui mencionada no relatório final da V conferência (1975 p.5) pontua-se que:

A natureza esclarecedora da nova lei não implica na adoção, pelo governo, de uma ação compartimentada. Na realidade a ação eficiente de defesa da saúde supõe medidas de prevenção e proteção, bem como de cura e reabilitação que configuram um espectro difuso da ação. Daí a concepção de integração do sistema, cujos contornos são explicitados para facilitar e estimular a tomada de decisão e iniciativa.

Ainda em consonância com os relatos do documento acima mencionado relata-se que dentre as funções da saúde estão às responsabilidades e deveres que abrangem as ações da sociedade como um todo, devendo a ação do poder público, nas três esferas do governo em que o poder se desdobra, estar combinada com a ação da comunidade, num processo interativo que pudesse conduzir o sistema a um aperfeiçoamento constante.

No tocante à assistência a saúde a atuação do ministério da saúde se dava por meio de alguns hospitais especializados nas áreas de psiquiatria e tuberculose. Atuava também na assistência a partir da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública – FSESP, com destaque para algumas regiões específicas como o Norte e Nordeste. É importante mencionar que essa ação também era conhecida como assistência médico-hospitalar, prestada a parcela da população considerada indigente, a mesma era realizada por alguns estados e municípios principalmente por instituições filantrópicas (SOUZA, 2002).

Ainda em consonância com os ensinamentos de Souza (2002) a atuação do poder público na área da assistência social ocorria através do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, resultado da fusão do Instituto de Administração da Previdência Social – IAPAS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, que possuía a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, tal fator justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar. Porém é importante mencionar que a maioria da população estava descoberta dessa assistência, pois o INAMPS beneficiava apenas os

trabalhadores da economia formal e seus dependentes, não possuía caráter universal, fator que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS.

A aplicação dos recursos para a saúde feita pelo INAMPS aos Estados estava condicionada ao volume de recursos arrecadados e da existência de beneficiários, assim quanto mais desenvolvida a economia do estado e maior presença de relações formais de trabalho, mais investimento era destinado para a assistência à saúde. Desta forma os estados das regiões Sul e Sudeste recebiam maior volume de aplicações por serem mais ricos e abrigar cidades de maior porte. Nessa ocasião, com relação à assistência em saúde os brasileiros estavam divididos em três grupos: Os que podiam pagar pelos serviços, os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS e os que não tinham direito nenhum (SOUZA, 2002). Na tabela 1 está representado o percentual dos recursos gastos pelo INAMPS no ano de 1986, de acordo com as regiões do país.

Tabela 1: Distribuição dos investimentos do INAMPS em 1986 por região.

REGIÃO	GASTO DA REGIÃO SOBRE TOTAL DO PAÍS (%)	POPULAÇÃO DA REGIÃO SOBRE TOTAL DO PAÍS (%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-oeste	5,02	6,78
Brasil	100,00	100,00

Fonte: Souza, 2002.

Analisando os dados da tabela 1 pode-se verificar que proporcionalmente, a região sudeste, mais desenvolvida, com maior número de beneficiários, conseqüentemente de contribuintes, tem um percentual maior de investimento abarcando assim maior porcentagem de recursos. Na região Sul os gastos com investimentos é equiparado ao percentual populacional, sendo esta uma região bem

desenvolvida assim como o sudeste possui um numero maior de população ocupada que contribui com o INAMPS, e quanto maior a população ativa que contribui maior era o investimento do órgão para a manutenção da saúde. O contrário prevalece nas regiões norte e nordeste, mais pobres em recurso financeiros, empregos e indústrias, foram as que menos receberam incentivos econômicos. Esses recursos eram utilizados para o custeio das unidades próprias do INAMPS (Postos de Assistência Médica e Hospitais) e, principalmente, para a compra de serviços da iniciativa privada. A centralização dos serviços e não universalidade dos direitos excluía a população carente que vivia a margem da assistência dependendo de ações filantrópicas.

Conforme menciona Souza (2002) em meados da década de 1970 começa a se manifestar uma crise de financiamento da Previdência, nesse contexto o INAMPS adota várias medidas para racionalizar suas despesas e começa a obter serviços do setor público como redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na década de 1980, inicialmente essa obtenção de serviços se deu através de convênios. Vale ressaltar que tal medida visava apenas o trabalhador beneficiário do INAMPS e seus dependentes, desta forma era preservada a universalidade da clientela e não de todo cidadão. Também, nessa época, o INAMPS passa a dar aos trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. Para o autor ora citado mesmo com a crise que já se abatia sobre o INAMPS, “[...] essa medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso, dessa população, aos serviços de saúde, particularmente na área hospitalar” (SOUZA, 2002 p.9). No final do século XX o INAMPS adota uma série de medidas que o aproximam ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública.

O autor acima mencionado pontua ainda que tal processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais. “Assim, podemos verificar que começa a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080, que instituiu o SUS” (SOUZA, 2002 p.10).

No Brasil a partir da década de 1990, a assistência à saúde passa a ser garantida pelo Sistema único de Saúde – SUS, que hoje se configura como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, uma vez que garante a assistência integral e gratuita para a totalidade da população, inclusive aos portadores de HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer (SOUZA, 2002). Neste contexto Yunes (1999, p.1) colabora que:

Na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em plena transição democrática, foi aprovada a proposta que mudaria radicalmente a forma como vinha sendo tratada a questão da saúde no país. A proposta previa a criação do SUS e a municipalização da saúde, idéias que acabaram sendo inscritas na Constituição de 88, com sua posterior regulamentação por meio das leis 8080 e 8142, de 1990. "A saúde é um direito de todos e dever do Estado", diz o texto constitucional, ao adotar o modelo do Sistema Único de Saúde – o SUS –, consubstanciado em três diretrizes básicas: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. O novo modelo, segundo se estatuiu nos diplomas legais, deve levar em conta que a questão da saúde não pode ser vista isoladamente, mas associada às políticas públicas de saneamento, moradia, alimentação, transporte e lazer.

A instituição do Sistema Único de Saúde - SUS vem trazer um novo modelo ao sistema de saúde no Brasil, aprimorando e criando novos programas assistenciais, caracterizando assim uma nova fase para a implementação das políticas públicas de saúde, o programa de saúde da mulher retrata esse novo panorama embora muitos entraves ainda necessitem ser superados.

A descentralização é muito relevante nesse novo modelo proposto, pois concentra aí a questão do acesso, quando o sistema passa a ser gerido pelas três esferas de governo, cada qual com sua parcela participativa, a municipalização da atenção primária ganha outro enfoque havendo uma reestruturação destes serviços, uma vez que o sistema vigente não era adequado para o mesmo. No ano de 1999 foi elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde, um Plano de regionalização da saúde, com vigência programada para 2000-2002. O plano era marcado por um modelo de organização dos serviços assistenciais de acordo com níveis crescentes de complexidade tecnológica e objetivava orientar a estruturação do mesmo em redes de atendimento. “O plano dividia o Estado de Minas Gerais em 07 Macrorregiões de atendimento, 21 Regiões Assistenciais e 95 Microrregiões” (SILVA; RAMIRES, 2010, p.66).

Atinente às considerações de Silva e Ramires (2010) com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01-2001, outra proposta de regionalização foi feita para Minas Gerais dando-se ênfase as funções estratégicas para a otimização dos serviços, nessa nova organização aumentou para 13 as chamadas Macrorregiões de saúde conforme mostra a tabela 02, e 76 microrregiões.

Figura 1: Distribuição das Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais de acordo com PDR/MG.

PDR/MG		
	MACRORREGIÕES	POLOS MACRORREGIONAIS
01	Triângulo do Norte	Uberlândia
02	Triângulo do Sul	Uberaba
03	Norte de Minas	Montes Claros
04	Oeste	Divinópolis
05	Sul	Alfenas/ Pouso Alegre/ Poços de Caldas/ Passos/ varginha
06	Sudeste	Juiz de Fora
07	Centro-Sul	Barbacena
08	Jequitinhonha	Diamantina
09	Leste do sul	Ponte Nova
10	Leste do Norte	Governador Valadares / Ipatinga
11	Nordeste	Teófilo Otoni
12	Noroeste	Patos de Minas
13	Centro	Belo horizonte

Fonte: Silva, Ramires, 2010.

Ainda em consonância com as elaborações do autor em voga “[...] essas macrorregiões seriam dentro de seu território, capazes de oferecer atendimento integral nos três níveis de atendimento solicitados pelo Ministério da Saúde, sejam eles a atenção básica, de média e de alta complexidade” (SILVA; RAMIRES, 2010, p.67). De acordo com as conclusões de Alves et. al, (2017) O PDR é um instrumento de fundamental importância para gestar e direcionar a descentralização dos serviços de saúde, promovendo maior e mais adequado acesso dos usuários no âmbito das regiões. O novo modelo de sistema de saúde ampliou e melhorou outras áreas de atendimento que antes tinha preocupações limitadas, é o caso da saúde da mulher.

2.3 As Políticas de Assistência Básica à Saúde da Mulher

Observando o histórico evolutivo do programa de assistência a saúde da mulher nota-se que a assistência integral ganha novo olhar e passa a ser aprimorada a forma de atenção. No ano de 1984 foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que ampliou a área de abrangência da saúde feminina incluindo ações educativas e englobando assistência ginecológica que já visavam a detecção do câncer do colo do útero e de mama; marcando assim uma mudança nos princípios norteadores da saúde da mulher, antes voltada para a atenção ao período pré-natal e puerperal (BRASIL, 2004).

Para Duavy et al. (2007 p. 734) “As diretrizes gerais do PAISM estabeleciam, também, a exigência de uma nova atitude de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade na atenção”. É importante destacar ainda que a implantação do SUS teve um papel preponderante nesta construção devido ao processo de descentralização da saúde aonde a municipalização dos serviços vem propiciar uma reorganização do acesso aos serviços básicos melhorando gradativamente à atenção a saúde da mulher. Desta forma a inserção de novas ações que viessem a controlar e melhorar a saúde da mulher foi de grande importância para trazer maior qualidade na cobertura e assistência à saúde feminina

Considerando este processo evolutivo do programa de saúde da mulher no Brasil informes do Instituto Nacional do Câncer – INCA (2010, p.07) realçam que:

Na década de 1990, é que são consolidadas as ações do controle do câncer no Brasil, sob a coordenação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e, em relação ao colo do útero, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCU). Em 1996 foi realizado, pelo INCA/MS, o Projeto Piloto do Programa Viva Mulher em quatro municípios e um Estado, visando o controle do câncer do colo do útero, culminando, em 1998, na 1ª Campanha Nacional de Rastreamento, através do exame citopatológico.

No período de 1999 a 2001, as ações do “Programa Viva Mulher” foram expandidas aos 27 Estados, através de convênio que possibilitou a estruturação das coordenações estaduais, ampliando o leque de garantia e controle da qualidade de vida

da população feminina. Dessa maneira considerando as ações para implementação do controle do CA do colo do útero no país é importante saber que:

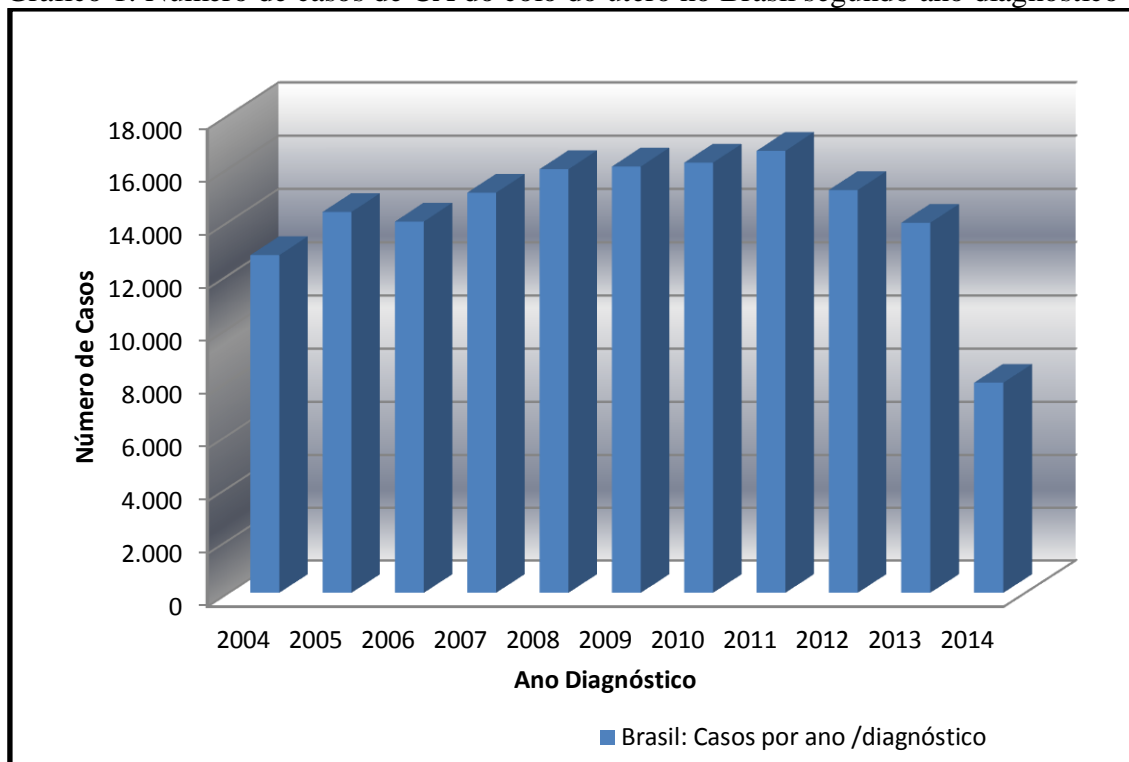
Em 2002, ocorreu a segunda mobilização nacional para detecção precoce da doença, visando, prioritariamente captar, acompanhar e tratar as mulheres que nunca haviam realizado o exame citopatológico. Após esses dois momentos de intensificação, as ações foram consolidadas nos Estados e Distrito Federal, com destaque para alguns avanços como: padronização de laudos de exames; disseminação da técnica de cirurgia de alta frequência; ampliação da oferta de exame citopatológico; disponibilização de informações técnicas e gerenciais e a consolidação do Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO (MS, 2010 p.8).

A trajetória das mulheres na busca pelos serviços de saúde é expressa por discriminação, frustrações e violações dos direitos sendo fonte de tensão e mal estar psicológico e físico, devido a tais condições buscou-se a humanização e a qualidade da atenção que implicam na promoção, no reconhecimento e no respeito aos direitos humanos dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem estar (BRASIL, 2004).

Quando se analisa os objetivos gerais da política nacional de atenção integral a saúde da mulher vê-se que coexiste o intuito de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, “[...] mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde” (Brasil, 2004). Esta preocupação em promover a saúde é uma novidade e uma conquista do direito feminino uma vez que a mulher deixa de ser vista apenas como uma mera reprodutora, onde todo o cuidado para a saúde estava voltado para o pré-natal e o puerpério deixando de lado outros processos preventivos salutareos para a saúde e o bem estar feminino.

A preocupação com a ampliação da política de saúde da mulher aconteceu nas três esferas governamentais devido as elevadas taxas de incidência e mortalidade pela doença em todo o país. No Brasil foi registrado no período de 2004 a 2014 mais de 158.231 mil casos de câncer do colo do útero, o gráfico 01 demonstra a ocorrência de casos no Brasil por ano de diagnóstico no período acima mencionado.

Gráfico 1: Numero de casos de CA do colo do útero no Brasil segundo ano diagnóstico



Fonte: Tabulador hospitalar do Inca 2017.

A partir da observação do gráfico 1 percebe-se que existe um aumento nos casos de CA do colo do útero do ano de 2004 para 2005, no ano de 2006 onde foi registrada uma queda nos números. Do ano de 2007 até 2011, os números voltaram a crescer. A partir do ano de 2012 até 2014 registrou-se uma queda gradativa na ocorrência da doença considerando a escala nacional. Segundo O INCA as oscilações estão associadas ao diagnóstico precoce da doença que varia em cada região afetando o índice nacional. Ainda segundo o Instituto a expressiva queda no ano de 2014 está associada ao aumento no número de exames preventivos e conseqüente diagnóstico precoce da doença.

Quando a análise passa para o âmbito estadual os índices oscilam de forma diferenciada conforme descrito na tabela 02. No estado de Minas Gerais as ocorrências mantiveram-se crescentes de 2007 a 2010, deste ano para o de 2011 houve uma queda de 36 casos mantendo o nível de redução para o ano seguinte, em 2013 os números voltaram a subir sendo registrados 207 casos a mais do que no ano anterior, já em 2014, nova queda foi registrada nos diagnósticos da doença. Daí percebe-se que existe uma carência nos métodos de prevenção e controle do CA uterino, mesmo porque a conscientização da população feminina sobre a importância do procedimento de exame preventivo é de fundamental importância nesse processo.

Tabela 2: Número de casos de CA de Colo do útero por ano diagnóstico segundo UF de procedência no período: 2004-2014.

ANO DE DIAGNÓSTICO DA DOENÇA											
UF/Procedência	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AC	4	4	6	30	70	79	93	92	79	64	65
AL	47	19	15	30	37	46	208	361	349	297	253
AP	17	28	27	37	34	27	76	60	67	27	50
AM	328	305	215	153	59	38	360	487	575	590	61
BA	1015	1267	1502	1559	1423	1437	1436	1492	1125	939	720
CE	49	101	95	115	292	389	744	755	748	632	214
DF	3	3	9	4	11	9	35	69	64	4	0
ES	65	64	79	79	76	87	417	437	456	479	449
GO	8	14	9	20	20	36	59	83	76	66	6
MA	46	35	50	144	404	309	699	758	790	644	105
MT	23	54	62	166	61	158	322	347	164	191	46
MS	199	220	309	267	332	356	272	300	279	223	145
MG	317	234	177	303	337	647	1781	1745	1538	1724	1479
PA	546	552	568	534	604	611	602	524	128	103	78
PB	2	2	2	1	10	58	343	350	300	86	90
PR	360	922	813	768	788	958	1699	1647	1519	1427	1068
PE	261	20	13	27	217	495	1000	1003	994	894	633
PI	10	3	17	16	298	325	299	163	155	322	90
RJ	153	75	26	80	180	593	995	1050	934	924	765
RN	103	194	76	63	116	155	255	238	259	245	255
RS	315	309	433	453	242	344	772	816	826	886	529
RO	15	8	16	24	23	45	47	74	180	168	99
RR	0	1	3	4	14	9	24	29	14	7	2
SC	118	217	143	161	197	260	660	756	527	539	483
SP	2631	2320	2017	2036	2256	2523	2403	2586	2671	2181	1976
SE	4	4	3	14	33	84	174	181	140	74	48
TO	134	177	174	215	183	151	187	227	207	205	118

Fonte: Tabulador hospitalar do Inca 2017.

Analisando a tabela 02 é possível inferir que foram diagnosticados casos da doença em todos os estados do país e DF, considerando os números absolutos os estados com maior ocorrência de CCU São Paulo, Bahia, Paraná e Minas Gerais respectivamente, quando a análise é feita considerando a taxa de incidência da doença, utilizando a fórmula:

$$\frac{\text{Nº de casos novos de uma doença ocorridos numa população em determinado período} \times 1.000}{\text{Nº de pessoas sob risco de desenvolver a doença durante o mesmo período}} = \text{Incidência}$$

Verifica-se uma mudança no perfil dos dados, tabela 03. Considerando os mesmos estados elencados acima, o estado do Paraná é o que aparece com maior porcentagem de casos, o estado da Bahia continua ocupando o segundo lugar, sendo os dados absolutos ou por incidência. São Paulo ocupa o terceiro lugar e por fim Minas Gerais.

Tabela 03: Estados de maior incidência de CCU no Brasil.

INCIDÊNCIA DE CCU/ 2004 a 2014			
PARANÁ	BAHIA	SÃO PAULO	MINAS GERAIS
4,6 % dos casos	4,2% dos casos	2,2% dos casos	2,1% dos casos

Fonte: Tabulador hospitalar do Inca 2017.

Dos números apresentados na tabela 02, destaca-se que em 806 registros de casos não foram identificados a localização do paciente, outros 32 pacientes foram identificados como estrangeiros e o estado brasileiro com menor número de diagnóstico foi o DF correspondendo a uma incidência de 0,3/1000 mulheres. Desta forma concebeu-se que a política de atenção básica à saúde da mulher deve atingir as mulheres em todos os ciclos da vida e em todos os locais, sendo resguardadas as especificidades

como diferentes faixas etárias, grupos populacionais como mulheres indígenas e residentes em áreas de difícil acesso ou situação de risco. Estas políticas devem ser norteadas pela perspectiva de gênero, etnia e raça, rompendo ainda as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva para alcançar todos os âmbitos da saúde da mulher (BRASIL, 2013).

2.4 O Câncer do Colo do Útero e a questão do HPV

O câncer do colo do útero (CCU), também conhecido como cervical ou cérvico uterino, é causado pela infecção persistente por alguns tipos (chamados oncogênicos) do Papiloma Vírus Humano - HPV⁵ (INCA, 2014). Consoante as considerações de Nakagawa, Schirmer et. al (2010) existem cerca de 118 tipos de Papiloma Vírus, descritos na literatura científica. Destes cerca de 100 tipos que acometem o humano já foram identificados. Estes vírus foram classificados como de alto e baixo risco, considerando o fator epidemiológico. Os vírus cujo tipo está classificado como de baixo risco são encontrados em condilomas vulvo-genitais, enquanto os de alto risco estão diretamente associados ao câncer cervical.

Conforme destaca o Ministério da Saúde (2013) entre os vírus classificados como de alto risco estão os tipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, e 58. Os tipos de baixo risco são: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, e CP6108. Ainda de acordo com os dados do órgão acima os HPV tipos 16 e 18 são responsáveis por mais de 70% dos casos de câncer de colo do útero no país.

O HPV tipo 16 é a causa mais comum de câncer de colo do útero, respondendo por mais da metade dos casos em todas as regiões do mundo, inclusive no Brasil. Neste contexto Nakagawa, Schirmer et. al (2010, p.4) contribui que:

⁵ “Os HPV são vírus capazes de infectar a pele ou as mucosas. A infecção pelo HPV é muito frequente, mas transitória, regredindo espontaneamente na maioria das vezes. No pequeno número de casos nos quais a infecção persista, é por causa do tipo viral do contágio. Sendo este um tipo viral oncogênico (com potencial para causar câncer), pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, que se não forem identificadas e tratadas podem progredir para o câncer, principalmente no colo do útero, mas também na vagina, vulva, ânus, pênis, orofaringe e boca” (INCA).

A incidência de infecções por HPV de alto risco é mais elevada do que a de baixo risco. O HPV tipo 16 é o mais prevalente nas infecções do trato genital, chegando até 66%, seguido dos tipos 18 (15%), 45(9%) e 31(6%) sendo que os 4 tipos juntos, podem corresponder até a 80% dos casos. O tipo 16 também é o tipo mais comum detectado no carcinoma cervical invasor é o tipo mais prevalente em quase todas as partes do mundo. É também o mais persistente, com duração de 12 meses ou mais, enquanto infecções por outros tipos de HPV duram 6-8 meses. Portanto, mulheres com HPV 16 e 18 têm um risco aumentado de desenvolver câncer cervical quando comparadas com as que têm outros tipos. Quando comparadas com mulheres sem infecção, o risco relativo (RR) de desenvolver lesão precursora chega a 10,2. Estudos recentes têm demonstrado que existem diferenças de risco de desenvolver o câncer cervical de acordo com as variações do vírus HPV tipo 16.

O entendimento em torno dos fatores de risco que tornam a população mais vulnerável para a infecção HPV é de grande importância para entender a proliferação do contágio e o aumento na incidência do CA de útero em todo o país, segundo Fedrizzi (2011) têm sido identificados fatores como o número de parceiros sexuais, idade do início da atividade sexual, tabagismo, anticoncepcional oral, outras DSTs, inflamação crônica, imunossupressão e multiparidade.

O autor ora citado chama atenção para o alto número de parceiros sexuais, tal fator tende a ser o mais consistente para infecção do HPV. Alguns estudos, no entanto destacam que não é exatamente o número de parceiros que evidencia o maior risco de contrair o HPV e sim o maior tempo de exposição e contato com o vírus devido ao início precoce da atividade sexual (FEDRIZZI, 2011). Outro fator que não pode deixar de ser citado é o tabagismo, este é considerado um dos mais importantes fatores de risco para o câncer cervical, principalmente pela imunossupressão genital levando à persistência da infecção HPV. “Uma carga tabágica de no mínimo 100 cigarros na vida parece ser forte preditor de positividade para o HPV35” (FEDRIZZI, 2011 p.4).

A idade também interfere no processo de desenvolvimento do câncer cervical, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (INCA, 2014). Com intuito de esclarecer a relação entre o HPV e câncer cérvico uterino Souto et. al (2005, p.156) diz que:

Estudos recentes, usando técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) de uma grande coleção de espécimes internacionais de câncer cervical, demonstraram a presença do DNA do HPV em mais de 99,7% dos casos. Atualmente está bem estabelecido que a infecção pelo HPV é o fator central e causal do câncer do colo de útero.

O câncer do colo do útero é denominado como uma doença que se caracteriza por uma “[...] replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância” (INCA, 2014 p.1). Ainda em consonância com o instituto o CCU pode ser caracterizado como um tumor que se desenvolve a partir de alterações no colo do útero, que se localiza no fundo da vagina. Essas alterações são chamadas de lesões precursoras, na maior parte dos casos são totalmente curáveis e, se não tratadas, podem, após muitos anos, se transformar em câncer. Segundo os informes do Instituto essas lesões ou o câncer no estágio inicial não apresentam sintomas ou sinais, esses fatores começam a aparecer com o avanço da doença, destacando-se em princípio o sangramento vaginal, corrimento e dor.

Este tipo de câncer, mediante as contribuições de Farnese e Holfmann (2013) apresenta evolução lenta e gradativa com etapas bem definidas, passando por um longo período de transformação intraepitelial progressiva, sendo denominada de neoplasia intraepitelial cervical – NIC. As lesões precursoras são classificadas em graus I, II ou III, dependendo da porção do epitélio atingido. A neoplasia intraepitelial cervical- NIC I indica alterações no terço inferior do epitélio, quando a lesão é classificada em NIC II indica que há um comprometimento de dois terços do epitélio; e NIC III, todo o epitélio, porém sem invasão do estroma.

O Sistema de Bethesda é a classificação mais atual do esfregaço cervical “[...] é desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos, com o intuito de uniformizar a terminologia diagnóstica e incorporar vários conceitos e conhecimentos adquiridos” (FARNESE; HOLFMANN, 2013 p. 37).

Considerando o contexto no Brasil em relação às classificações das lesões precursoras do CA de colo do útero a Associação Brasileira de Genitoscopia referiu que o sistema de classificação Bethesda atende às necessidades primordialmente norte-americanas, não contemplando as reais necessidades dos demais países, indicando a

impossibilidade de haver uma linguagem única para todo o mundo. Assim, entendeu-se que era imprescindível que houvesse uma adequação de informação para o examinador e para a cliente no sentido de subsidiar a conduta a ser realizada. Em atendimento a essa premissa, no ano de 2006, foi elaborada e lançada a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Conduas Preconizadas, que estabelece uma classificação própria para o país, levando em conta suas características e a epidemiologia brasileira (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

As autoras relatam ainda que nessa nova nomenclatura brasileira, elaborada em 2006 foram inseridas novas terminologias, tais como a criação de uma categoria distinta para todas as atipias de significado indeterminado e ainda a categoria "origem indefinida", que se refere àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica. A expressão "provavelmente reativa" foi substituída pela expressão "possivelmente não neoplásica" e introduziu a expressão "não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau". Foram excluídas as terminologias Atipias de células escamosas de significado Indeterminados - ASCUS e Atipias glandulares de significado indeterminados - AGUS, como recomendadas pelo Sistema de Bethesda, porém foi adotado o termo "lesão intraepitelial" em substituição a "neoplasia intra-epitelial". Na concepção de Carvalho e Queiroz (2010, p. 7) essas alterações se devem ao fato da importância em intensificar a verdade biológica das mudanças progressivas passo a passo da evolução cancerosa e excluir algumas das dificuldades práticas em compreender estes eventos patológicos.

Os carcinomas invasores do colo do útero se desenvolvem em duas categorias dependendo da origem do epitélio comprometido, sendo estes o carcinoma epidermóide e o adenocarcinoma; o primeiro é um tipo mais frequente e acomete o epitélio escamoso, representa 80% dos casos; já o segundo acomete o epitélio glandular sendo um tipo mais raro responsável por 10% dos casos. Deve-se destacar que vêm ocorrendo um aumento crescente da incidência do tipo carcinoma epidermóide em mulheres mais jovens, talvez pelo uso indiscriminado de contraceptivo hormonal.

Atinente as colaborações envolvendo o uso de contraceptivos hormonais orais, HPV e câncer Cervical, Aldrighi et. al (2002, p.96) relata que:

Há dez anos, estudos epidemiológicos já revelavam uma forte suspeita entre o uso de contraceptivos hormonais orais e um maior risco de câncer cervical. O estudo em epígrafe é o primeiro que analisou a relação contraceptivo oral, HPV e câncer de colo do útero; os resultados demonstraram maior risco da doença (3 vezes) - quer para o câncer in situ, quer para o invasor em mulheres HPV positivas e usuárias de pílulas contraceptivas por cinco ou mais anos. Inúmeras são as hipóteses explicativas, parece que os esteróides femininos exógenos atuam sobre o genoma do HPV, desencadeando estímulos sobre o processo da carcinogênese cervical. A literatura descarta qualquer possibilidade do contraceptivo facilitar a infecção pelo HPV.

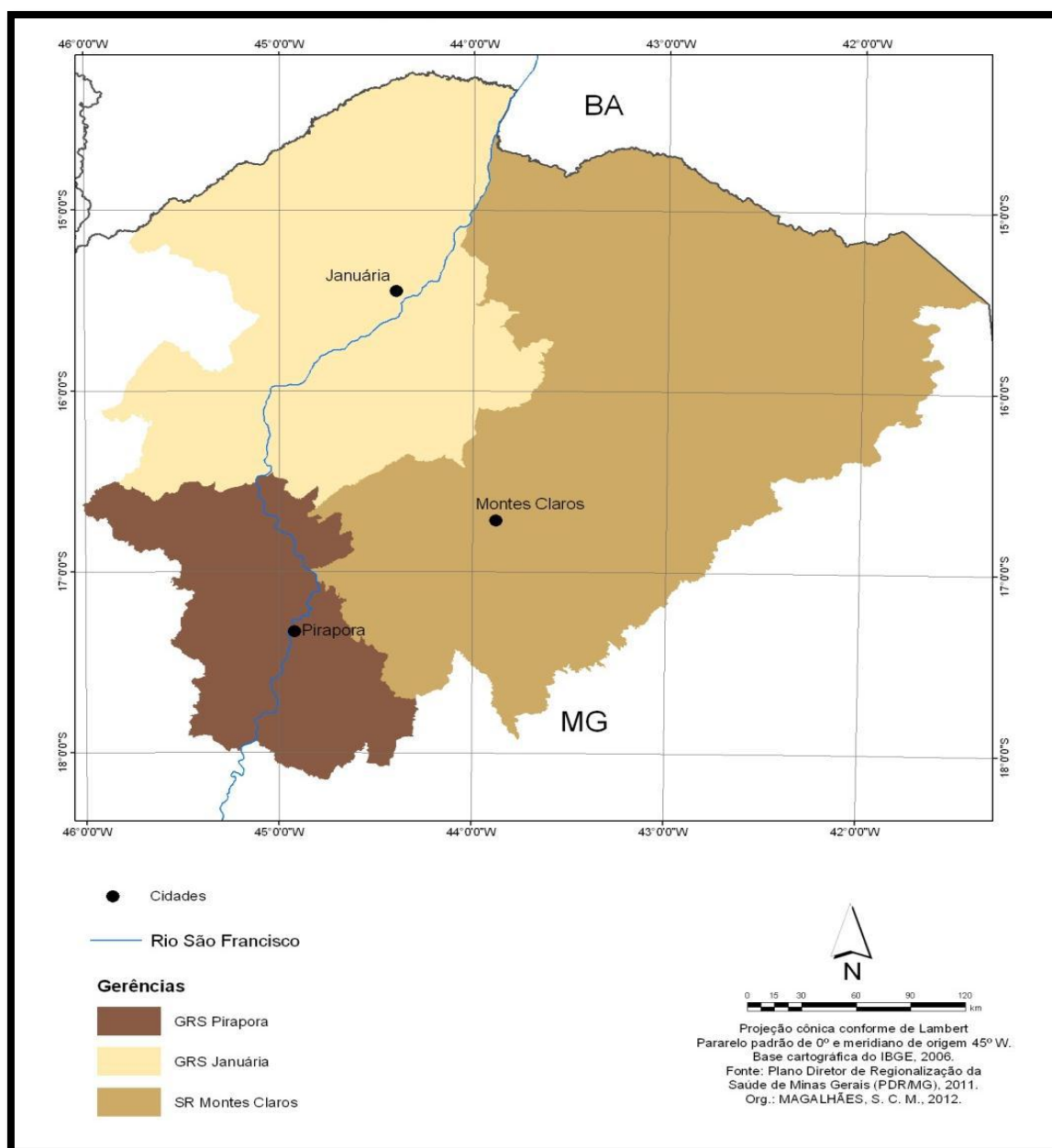
O autor destaca ainda que tais resultados devem ser para que sejam observados alguns aspectos quando da prescrição de contraceptivos hormonais orais. As mulheres com infecção persistente pelo HPV precisam ser informadas que poderiam ter maior risco de desenvolvimento do câncer de colo uterino, com o uso prolongado de pílulas contraceptivas; as mulheres com múltiplos parceiros deveriam ser submetidas a uma avaliação prévia do DNA HPV, antes de se iniciar a contracepção hormonal oral; as políticas de controle deveriam ser reformuladas e usuárias de contraceptivos hormonais orais, por longo tempo, deveriam ser incluídas em programas de rastreamento do câncer de colo uterino de uma forma mais prudente (ALDRIGHI ET. AL, 2002).

O rastreamento para detecção do câncer do colo uterino é realizado prioritariamente entre mulheres de 25 a 64 anos através do exame de Prevenção de Câncer de Colo Uterino (PCCU), também conhecido como Papanicolau ou exame de Esfregaço Cervical. Sendo assim torna-se quase totalmente previsível por meio de detecção e tratamento das lesões precursoras. Esse exame deve ser realizado com uma periodicidade de três anos, após dois exames consecutivos com resultados normais na periodicidade de um ano, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a obtenção de um impacto positivo e significativo na redução da mortalidade por CCU, só acontecerá quando a cobertura do rastreamento atingir 80% ou mais da população alvo (MS, 2010). Diante do exposto é notório, que o método mais eficaz de controle da doença, é a prevenção, porém é uma ação conjunta de profissionais, que devem viabilizar as ações de sensibilização e informação, e da comunidade, que precisa atuar de forma mais precisa junto as unidades de saúde.

Quanto menor for o grau de informação, menor será a prevenção. Isso acarretará maiores proporções dos casos da doença, seja na ocorrência de casos novos ou na reincidência da doença. Tais questões serão discutidas de forma mais específica no

próximo capítulo onde estão expostos os dados em relação ao CCU na macrorregional de saúde, figura 2, e no município de Montes Claros.

Figura 02: Mapa das regiões que compõe a Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros.



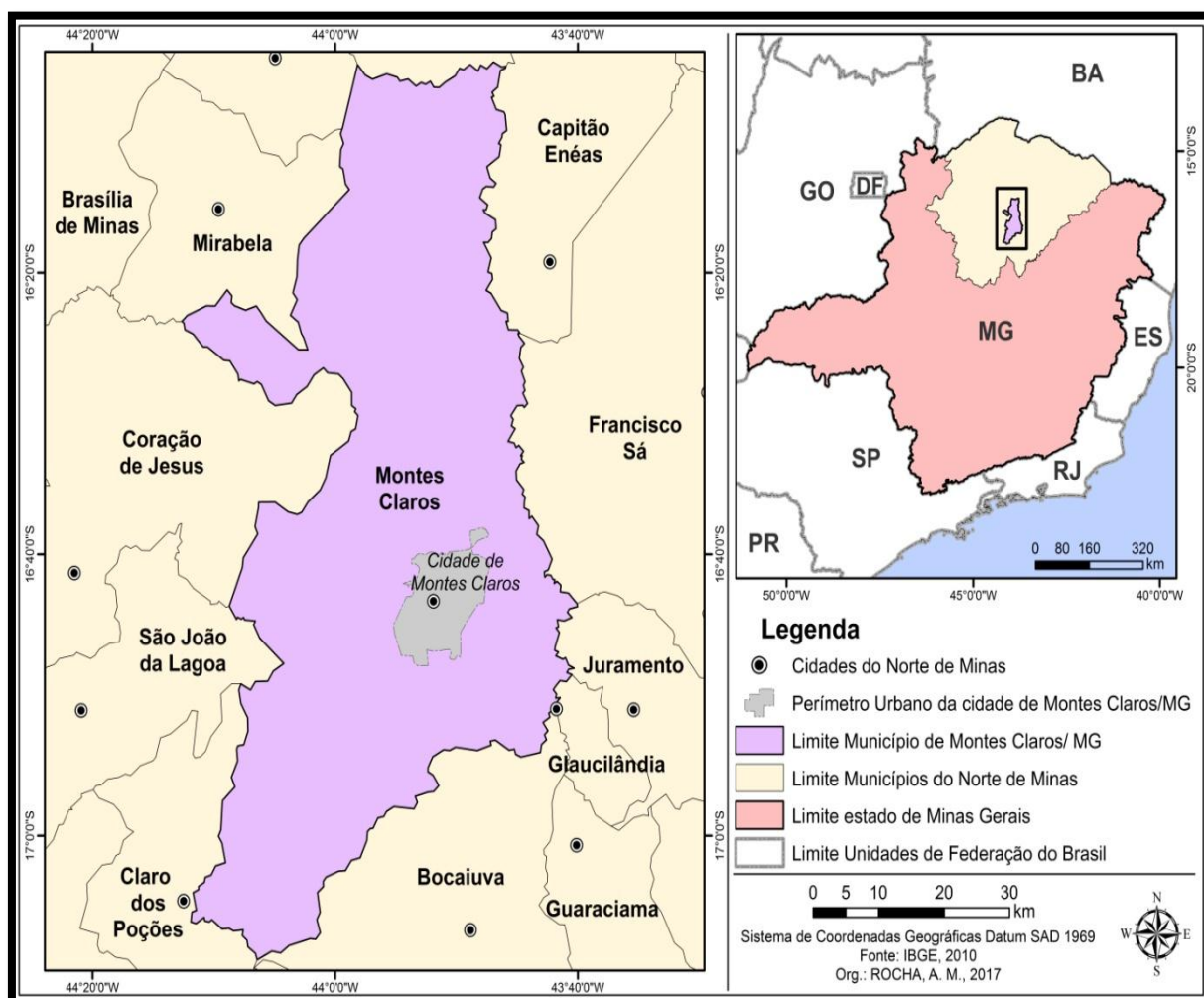
Fonte: Magalhães, 2013

CAPITULO III

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS EM TORNO DOS CASOS DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS.

A área de abrangência do estudo apresentado é o município de Montes Claros, localizado na mesorregião Norte de Minas Gerais (Figura 02), na bacia hidrográfica do Rio São Francisco e sub Bacia do Rio Verde Grande, apresentando uma área de 3.568.941 Km², (MAGALHÃES, 2009).

Figura 3: Localização do Município de Montes Claros em Minas Gerais.



Ainda em consonância com a autora acima mencionada a cidade de Montes Claros se constituiu a partir da emancipação da então chamada Vila de Montes Claros de Formigas em 03 de julho de 1857.⁶ Enfatizando todo o processo de modificação urbana Magalhães (2005, p.49) diz que:

A despeito de todas as transformações ocorridas ao longo da história de Montes Claros, o efetivo crescimento do tecido urbano vem ocorrer somente em fins da década de 1960 a partir das ações da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste, quando é implantado um polo industrial, trazendo modificações de ordem política, econômica, social e ambiental.

O município de Montes Claros conta hoje com dez distritos: Aparecida do Novo Mundo, Ermidinha, Canto do Engenho, Miralta, São Pedro da Garça, Nova Esperança, Panorâmica, Santa Rosa de Lima, Vila Nova de Minas e São João da Vereda, abrangendo uma população total estimada de 398.288 habitantes. Deste quantitativo 174.249 constituem a população masculina e 187.666 são habitantes do sexo feminino, a população total residente na zona rural do município é de 17.488 habitantes e 344.427 residem na área urbana local (IBGE, 2010).

3.1 O Município de Montes Claros como Polo Macrorregional de Saúde.

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDR/MG é um instrumento de planejamento em saúde que vem sendo ajustado desde a sua elaboração inicial sem perda de seus propósitos, objetivos princípios e conceitos básicos, em linhas gerais o PDR busca a distribuição e ordenação dos espaços territoriais da unidade

⁶Segundo Laurindo Mekie Pereira, a emancipação política de Montes Claros ocorreu em 13 de outubro de 1831, quando o arraial foi elevado à categoria de Vila com Câmara, agente executivo e instância judiciária. No dia 16 de outubro de 1832 foi instalada a Câmara Municipal. O título de cidade foi obtido em 03 de julho de 1857, o que, dentro do contexto do Império, não tinha nenhum efeito prático, tendo apenas um valor honorífico. Para maiores informações vide: PEREIRA, Laurindo Mekie. **Dependência, Favores e Compromissos: Relações Sociais e Políticas em Montes Claros nos anos 40 e 50.** Disponível em <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp000235.pdf>

federada de acordo com os modelos de atenção à saúde, tendo em vista a organização das redes e o princípio da equidade, integralidade, economia de escala, escopo e acessibilidade. Existe nesse contexto uma articulação territorial muito intensa, pois existe uma busca na conceitualização do SUS de unir o planejamento de um espaço territorial e as necessidades do território de uma população, uma vez que essa população é a base de cálculos para o planejamento em saúde (MALACHIAS ET AL, 2011).

O Estado de Minas Gerais com seus 853 municípios foi dividido pelo PDR/MG 2003/2009 em 13 macrorregiões e 76 microrregiões de saúde, na ocasião constatou-se que várias microrregiões, devido ao seu contingente populacional, não garantiriam a instalação de serviços de saúde considerando a proposição de ganho de escala e acessibilidade geográfica e viária, tabela 4, definida pelo PDR, este fator foi responsável pela agregação de uma micro a outra de maior porte, continuando em vigor a referência e o custeio dos serviços existentes em ambos os polos, em caráter complementar. A exemplo desse fato temos a microrregião de saúde de Salinas, pertencente a macrorregião Norte de saúde, que foi agregada a micro de Taiobeiras totalizando assim aproximadamente 183.659 habitantes, em alguns casos as microrregiões de baixa escala são mantidas por questões de acessibilidade como as microrregiões de saúde de Mantena e Resplendor na macrorregião Leste.

Tabela 4: Definição de escala e acessibilidade para composição das microrregiões de saúde.

A - GANHO DE ESCALA	150.000 habitantes para microrregião
B-ACESSIBILIDADEGEOGRÁFICA E VIÁRIA	A- Distância em relação ao polo macrorregional de 150 km, B - Máximo de 2 horas em vias não pavimentadas.
*Desconsidera-se o critério da escala quando as condições de acesso são desfavoráveis.	

Fonte: PDR/MG, 2011.

Atinente as contribuições de Malachias et al. (2011) o PDR/MG traz em suas diretrizes e princípios as questões de qualidade a atenção, acessibilidade e contiguidade geográfica, na primeira questão os serviços devem ser efetivos, organizados em virtude

da necessidade populacional, visando o atendimento humanizado na busca pela garantia dessa qualidade, assim alguns serviços precisam estar concentrados e ter abrangência regional sendo disponibilizados em municípios de maior porte e com o número maior de população. No tocante a acessibilidade, esta é uma garantia proposta pelo SUS a todos os seus usuários devendo o acesso aos serviços de saúde, com qualidade, ser ofertado a todos independente do local de residência, por isso se propôs a resolubilidade dos níveis de atenção em atenção básica, atenção de média complexidade e alta complexidade, para que fosse garantido o princípio da acessibilidade.

Em se tratando da questão da contiguidade, a mesma caracteriza-se como um pré-requisito da regionalização, porém na construção do PDR estadual houve registros de exceções, onde o sistema viário, a proximidade e o fluxo justificaram, em alguns casos, a descontinuidade do município da sua microrregião de origem, é o caso da composição da macrorregião Norte de Minas, quadro 01, considerando a totalidade de municípios a mesorregião é composta por 89 municípios distribuídos em 7 microrregiões de acordo com a divisão do IBGE, para fins de planejamento em saúde a mesma possui 86 municípios dispostos em 13 microrregiões, nesta classificação os municípios de Águas Vermelhas e Divisa Alegre pertencem a microrregião de Pedra Azul e a Chapada Gaúcha a microrregião de Unaí.

Quadro 1: Adscrição dos municípios do Norte de Minas por Microrregião de saúde

Microrregião	Nº.de Municípios	Microrregião	Nº.de Municípios
Brasília de Minas/SãoFrancisco	16	Coração de Jesus	05
Brasília de Minas		Coração de Jesus	
Campo Azul		Jequitaí	
Ibiracatu		Lagoa dos Patos	
Icaraí de Minas		São João da Lagoa	
Japonvar		São João do Pacuí	
Lontra		Francisco Sá	06
Luislândia		Botumirim	
Mirabela		Capitão Enéas	
Patis		Cristália	
Pintópolis		Francisco Sá	
São Francisco		Grão Mogol	
São João da Ponte		Josenópolis	
São Romão		Januária	05
Ubaí		Bonito de Minas	
Urucuaia		Cônego Marinho	

Varzelândia		Itacarambi
Manga	05	Januária
Juvenília		Pedras de Maria da Cruz
Manga		Montes Claros/Bocaiuva
		11
Miravânia		Bocaiúva
Montalvânia		Claro dos Poções
São João das Missões		Engenheiro Navarro
Janaúba/Monte azul	15	Francisco Dumont
Catuti		Glaucilândia
Espinosa		Guaraciama
Gameleiras		Itacambira
Jaíba		Joaquim Felício
Janaúba		Juramento
Mamonas		Montes Claros
Matias Cardoso		Olhos D'Água
Mato Verde		Salinas
		/Taiobeiras
		16
Monte Azul		Berizal
Nova Porteirinha		Curral de Dentro
Pai Pedro		Fruta de Leite
Porteirinha		Indaiabira
Riacho dos Machados		Montezuma
Serranópolis de Minas		Ninheira
Verdelândia		Novorizonte
Pirapora	07	Padre Carvalho
Buritizeiro		Rio Pardo de Minas
Ibiaí		Rubelita
Lassance		Salinas
Pirapora		Santa Cruz de Salinas
Ponto Chique		Santo Antonio do Retiro
Santa Fé de Minas		São João do Paraíso
Várzea da Palma		Taiobeiras
-----		Vargem Grande do Rio Pardo

Fonte: PDR/MG, 2011.

Considerando os níveis de atenção em saúde os municípios respondem pela atenção primária (atendimento básico), os polos microrregionais pela atenção secundária (serviços de média complexidade), e o polo macrorregional responde pela atenção terciária (serviços de alta complexidade) (PDR/MG, 2011). Mediante tais fatores e analisando as informações organizadas no quadro 01 vê-se que o município de Montes Claros responde pelo atendimento em saúde como microrregião e também como polo macrorregional, desta forma a complexidade dos serviços é muito maior, pois o mesmo deve prestar assistência desde a atenção primária até aos serviços de alta

complexidade, destacando que este último deve atender com presteza todos os municípios que constituem a macrorregional norte de saúde.

Consoante dados do IBGE (2010), com levantamento de dados realizados no ano de 2009, o município de Montes Claros abriga 224 estabelecimentos de saúde destas unidades 83 são de natureza pública e 141 de natureza privada. Dentre os estabelecimentos públicos de saúde 75 pertencem à esfera municipal, 7 deles são estaduais e 1 estabelecimento federal. Montes Claros enquanto polo macrorregional oferta serviços de atenção terciária como cirurgias cardiovasculares, procedimentos de radioterapia, hematologia, centro de realização de implante coclear dentre outros. Quanto a oferta de exames especializados a macrorregional possui diferenciados equipamentos como exemplificado no quadro 2.

Quadro 2: Equipamentos para exames especializado disponíveis em Montes Claros/MG.

Alguns Equipamentos de alta complexidade existentes no município de Montes Claros/ Grupo de Equipamentos: Equipamentos de Diagnostico por Imagem				
Período: Março de 2017.				
Município	Equipamentos	Nº de equipamentos existentes	Nº de equipamentos em uso	Nº de equipamentos uso do SUS
Montes claros	Gama Câmara	03	03	01
	Mamógrafo com estereotaxia	01	01	00
	Tomógrafo computadorizado	11	10	03
	Ressonância magnética	06	05	03
	Processadora de Filme exclusiva para mamografia	07	06	06
	Mamógrafo computadorizado	01	01	00
	PET/TC – Tomografia computadorizada por emissão de pósitrons	01	01	00
	Mamógrafo com comando simples	14	13	06
	RX para densitometria óssea	06	06	01

Fonte:DATASUS, 2017.

Mediante a observação do quadro 2, percebe-se que estão alocados em Montes Claros equipamentos de grande importância para procedimentos especializados em saúde, é necessário destacar também que da totalidade dos equipamentos existentes 90% estão em uso, porém apenas 40% dos equipamentos em uso estão disponíveis para utilização no âmbito do SUS, o único equipamento de mamografia com estereotaxia

ainda não se encontra habilitado para uso no SUS. Tais ocorrências comprometem seriamente o acesso aos procedimentos e contradiz a proposta do PDR no tocante a acessibilidade e a qualidade da atenção visto que a baixa disponibilidade de recursos físicos de diagnóstico por imagem quando comparadas com as demais macrorregionais de saúde do Estado. Para efeito de uma abordagem comparativa foram elencadas na tabela 5 a distribuição dos equipamentos de diagnóstico por imagem disponíveis para uso por macrorregional de saúde, foram apresentados ainda a quantidade de municípios que compõem cada macrorregional de saúde e o número de habitantes pertencentes a esta escala.

Tabela 5: Equipamentos de Diagnóstico por imagem segundo macrorregião de saúde.

Recursos Físicos - Equipamentos existentes por Macrorregião de Saúde / Grupo de Equipamentos: Equipamentos de Diagnóstico por Imagem				
Período: Março de 2017				
Macrorregião de Saúde	Equipamentos	Nº de Municípios	Contingente Populacional	Relação Equip/Pessoa
Sul	2255	153	2.625.589	1/1.164
Centro Sul	698	50	727.516	1/1.042
Centro	4215	104	6.145.218	1/1.457
Jequitinhonha	161	29	374.199	1/2.324
Oeste	812	55	1.201.980	1/1.480
Leste	819	85	1.458.884	1/1.781
Sudeste	1076	94	1.575.629	1/1.464
Norte	688	86	1.585.946	1/2.305
Noroeste	548	33	657.378	1/1.199
Leste do Sul	392	53	667.926	1/1.703
Nordeste	431	63	811.856	1/1.883
Triângulo do Sul	562	27	706.088	1/1.256
Triângulo do Norte	1162	27	1.190.043	1/1.024

Fonte: PDR/MG,2011/ DATASUS, 2017.

Dentre os recursos físicos utilizados nas unidades de saúde foram destacados para análise os equipamentos de diagnóstico por imagem por se tratar de um método amplamente utilizado para obtenção de imagens anatômicas e fisiológicas do corpo humano com o objetivo de diagnosticar patologias diversas. Os equipamentos que compõem esse grupo são a gama câmara, mamógrafo com comando simples, raios x (até 100 MA/ 100 a 500 MA/ mais de 500 MA) raio x dentário, raio x com fluoroscopia, raio x para densitometria óssea, raio x para hemodinâmica, tomógrafo computadorizado, ressonância magnética, ultrassom doppler colorido, ultrassom ecógrafo, ultrassom convencional, processadora de filme exclusiva para mamografia, mamógrafo computadorizado, PET/TC– Tomografia computadorizada por emissão de pósitons.

Os dados da tabela 5 demonstram que a macrorregião norte de saúde tem a quarta maior quantidade de municípios ficando atrás da macrorregiões sul, central e sudeste que possuem 153, 104 e 93 municípios respectivamente. Quando se considera o termo abrangência populacional a macro norte ocupa a terceira posição atendendo 1.585.946 habitantes, usuários dos serviços de saúde. Mesmo diante de tamanho abarcamento municipal e populacional a macro ora mencionada ocupa a oitava colocação quando se trata de disponibilidade de equipamentos de diagnóstico por imagem, contando no total com 688 equipamentos, ficando atrás das macro: Triângulo do Norte, Sudeste, Leste, Oeste e Centro-Sul que abarcam um menor número de municípios e população. Considerando a relação equipamento por pessoa a questão é mais grave nas macrorregiões do Jequitinhonha e Norte de Minas onde a relação é de 1 / 2.324 e 1 / 2.305 habitantes, respectivamente.

Deve-se dar visibilidade a macrorregião do Jequitinhonha uma vez que esta possui o menor número de equipamentos disponíveis (161), deste total somente 88 estão disponíveis para uso pelo SUS, na macrorregião Norte dos 688 equipamentos apenas 277 são para uso do SUS (DATASUS, 2017), essa questão compromete de forma grave o atendimento da população, especialmente a de menor poder aquisitivo, embora tal fator não deve ser preponderante, visto que o SUS possui caráter universal. Essa ocorrência interfere negativamente no acesso a saúde no polo Montesclarensense, pois ocasiona uma superlotação nas unidades de atendimento. Segundo os informes da Fundação Dilson de Quadros Godinho, uma das referências no tratamento do câncer no Estado de Minas Gerais e que possui Unidade de Assistência de Alta Complexidade em

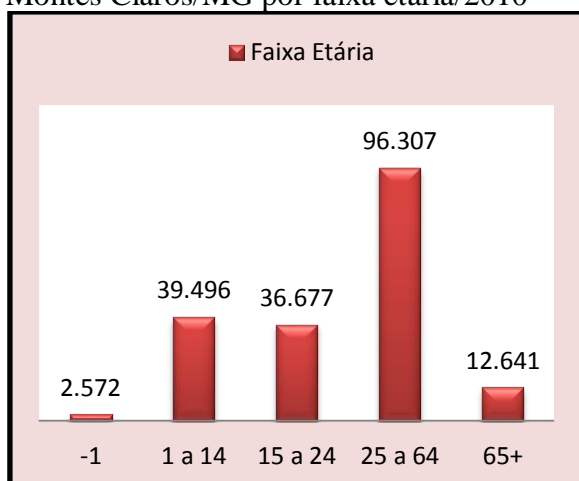
Terapia Nutricional e Oncologia (UNACON I), os equipamentos de última geração do hospital estão a disposição para atender pacientes do SUS oriundos do Norte e Nordeste de Minas, Vales do Jequitinhonha e Mucuri bem como cidades do Sul da Bahia.

É uma prestação muito complexa, por mais que haja serviços, profissionais e equipamentos do mais alto nível de complexidade disponíveis na unidade hospitalar para atendimento dos pacientes acaba acontecendo uma sobrecarga, pois é notório lembrar que são atendidas as demandas do SUS bem como dos planos privados, assim a prestação dos serviços torna deficitária a saúde pública e ineficaz a proposta de regionalização que busca uma organização completa e qualitativa na cobertura dos serviços de saúde.

3.2 A ocorrência do Câncer do Colo Uterino no Município de Montes Claros

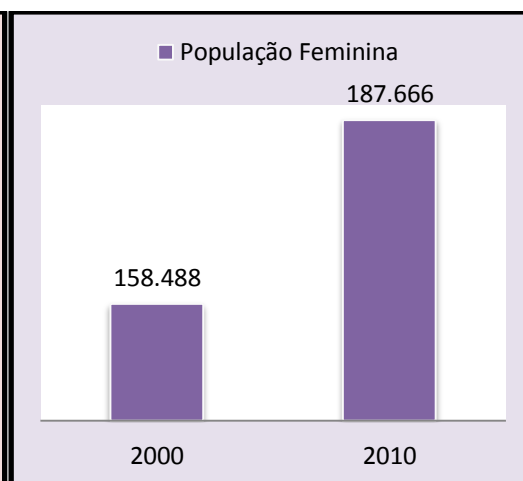
A população feminina de Montes Claros representa aproximadamente 52% da população total, somente 4,4% dela habita a zona rural do município estando o restante situado na zona urbana (IBGE, 2010). A representação da população feminina por faixa etária está disposta no gráfico 2. Enquanto o gráfico 03 traz o comparativo do aumento da população feminina no município entre os anos de 200 e 2010, a partir dos dados do IBGE.

Gráfico 2: População feminina de Montes Claros/MG por faixa etária/2010



Fonte: IBGE/ censo demográfico, 2010

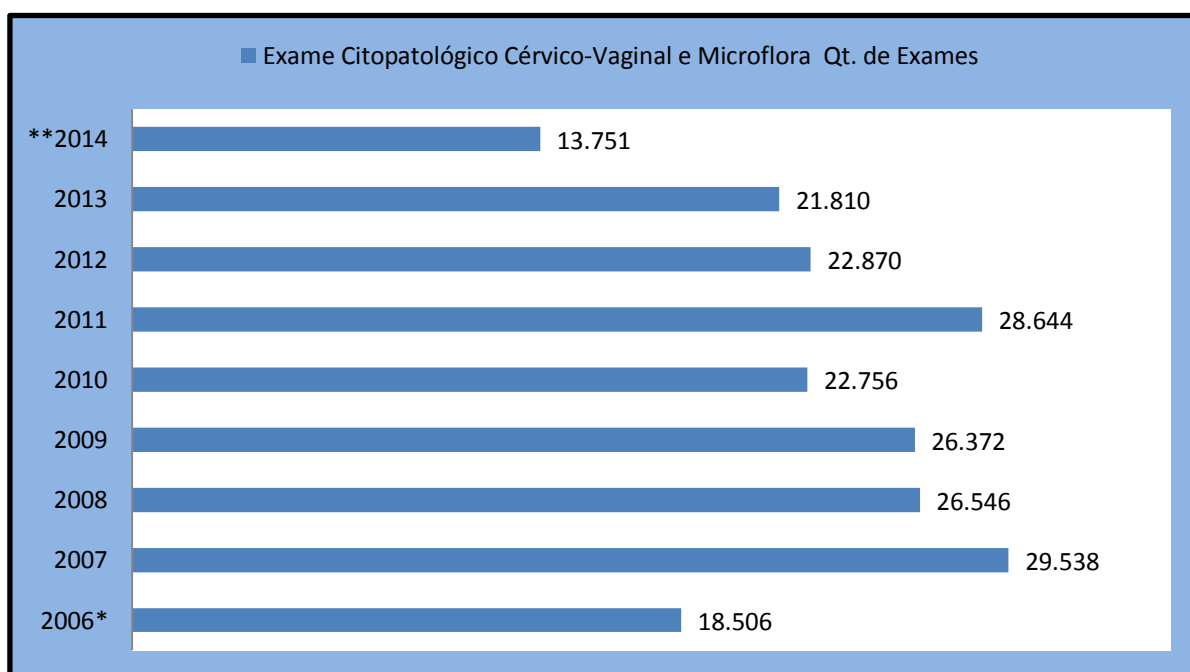
Gráfico 3: Montes Claros 2000/2010.



Fonte: IBGE/Censo 2000/2010.

O gráfico 2 demonstra que a maior parte da população feminina do município está compreendida na faixa etária de 25 a 64, anos sendo importante destacar que, neste grupo as mulheres já se enquadram no perfil de mulheres que devem iniciar o processo preventivo contra o câncer do colo uterino, considerando valores absolutos, o grupo é composto por 96.307 mulheres. O gráfico 3 traz os números dos exames citopatológicos (técnica de Papanicolau) realizados em Montes Claros entre os anos de 2006 a 2014.

Gráfico 4: População feminina de Montes Claros/MG que realizou exame citopatológico entre 2004 e 2014.



Fonte: SISCAM/DATASUS, 2017.

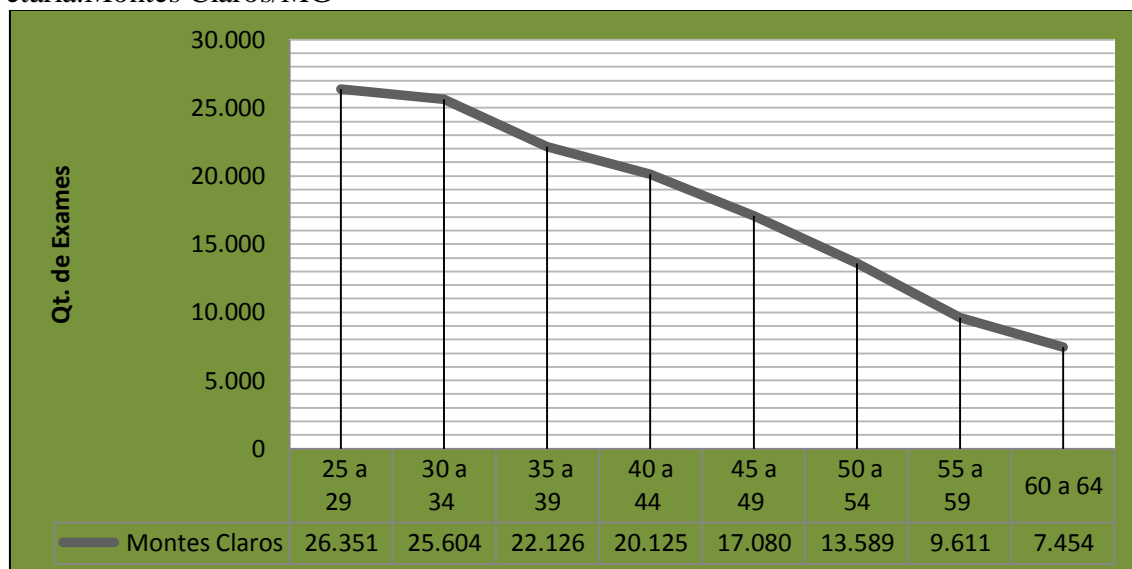
* Devido a uma unificação do sistema de informação do SISCOLO/SISMAMA (SISCAM) foram acoplados aos dados do ano de 2006 os dados de 2004 e 2005.

** No ano de 2014 estão disponíveis dados parciais relativos a 7 meses da competência de 2014.

A partir dos números expostos no gráfico 4 fica evidenciado que ocorreu uma queda no número de exames realizados entre os anos de 2007 e 2010, nesse período houve uma diminuição de 6.782 exames realizados, esse acontecimento impacta de maneira decisiva a saúde pública visto que a eficácia do combate ao CA do colo do útero está ancorado na prevenção. Os números do procedimento preventivo voltam a

criar sendo registrado no ano de 2011 um crescimento de 20,5 % em relação ao ano anterior, para os anos seguintes registraram-se novas reduções nas realizações dos exames preventivos. Existe uma oscilação muito grande entre os períodos, fator que visa avaliação das ações informativas e de sensibilização sobre a importância da prevenção como única forma de cura da doença. É importante lembrar ainda que a alta ou baixa no número de realização dos exames está associada a periodicidade obrigatória do exame e a entrada e saída de mulheres em faixa etária prioritária para o PCCU. A realização dos exames citopatológicos realizados em Montes claros, por faixa- etária estão representados no gráfico 5.

Gráfico 5: Exames Citopatológicos cérvico-vaginal e Microflora por faixa-etária.Montes Claros/MG

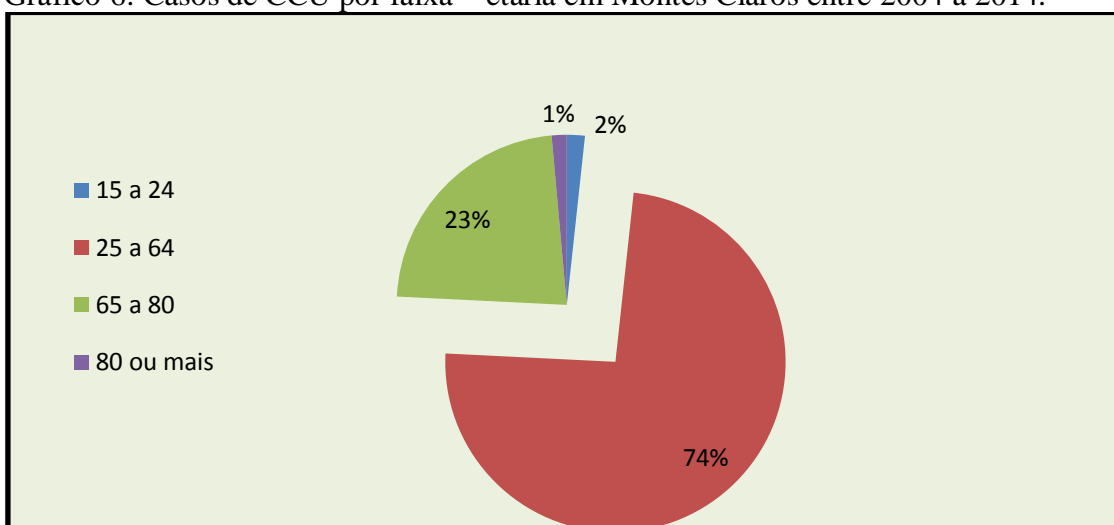


Fonte: SISCAM/DATASUS, 2017.

Para elaboração do gráfico 5 foram desprezados os valores dos anos de 2006 por estarem compilados a anos anteriores e os valores de 2014 que não estão disponíveis no sistema em sua totalidade. Pela exposição gráfica o auge da realização dos exames começam a partir da idade indicada pelo MS, acontece que não se mantém no mesmo nível até a idade final de 64 anos, pela exibição começa a haver uma queda contínua no número de procedimentos. No ano de 2010, segundo, o censo demográfico desse mesmo ano, a população feminina de Montes Claros inclusa na faixa etária de 25 a 29 anos era de 18345 habitantes, ou seja, todas já se encontravam dentro da idade preventiva prioritária, porém deste total somente 3.429 mulheres realizaram o exame

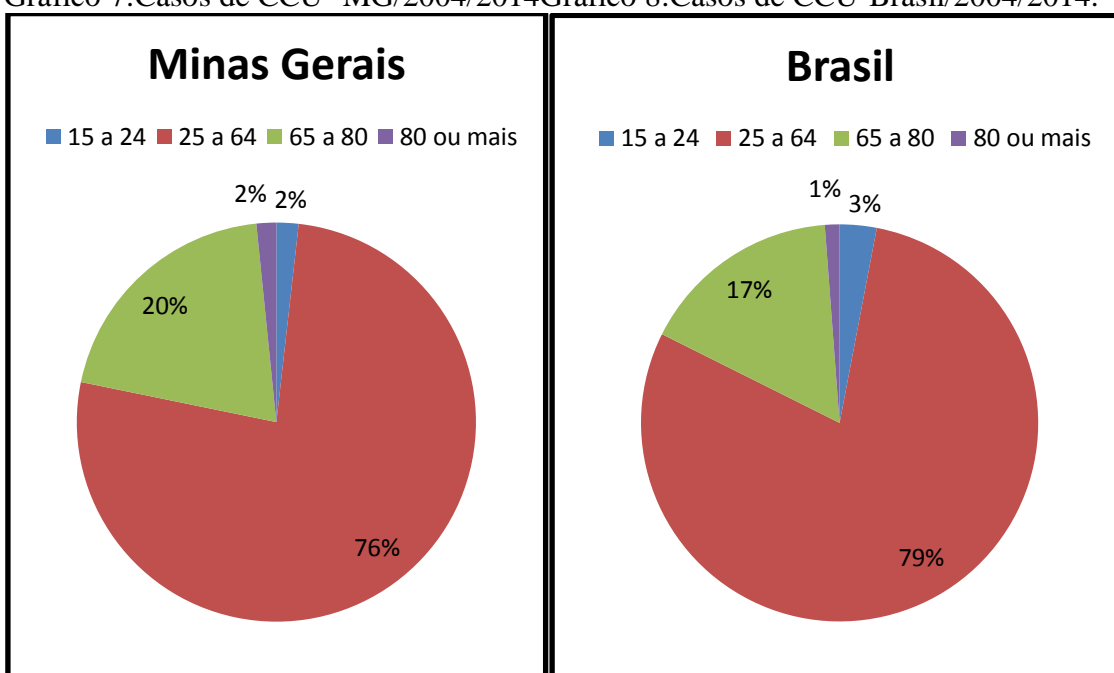
citopatológico, menos que 20%. Quando a análise, nesse mesmo ano é feita na faixa etária de 30 a 34 anos o índice sobe poucos percentuais, da população apta a realização dos exames 20,4% o fizeram, a partir de então os percentuais entram em decréscimo na faixa etária de 40 a 44 anos e de 45 a 49 anos os valores ficaram entre 19,6 % e 19,7% respectivamente. A fragilidade do processo preventivo se ratifica quando é feita a avaliação dos resultados da ocorrência do CCU no município por faixa etária conforme exposto no gráfico 6.

Gráfico 6: Casos de CCU por faixa – etária em Montes Claros entre 2004 a 2014.



Fonte: Fundação Dilson de Quadros Godinho/Irmandade Nossa Senhora das Mercês, 2017.

Gráfico 7: Casos de CCU- MG/2004/2014 Gráfico 8: Casos de CCU-Brasil/2004/2014.

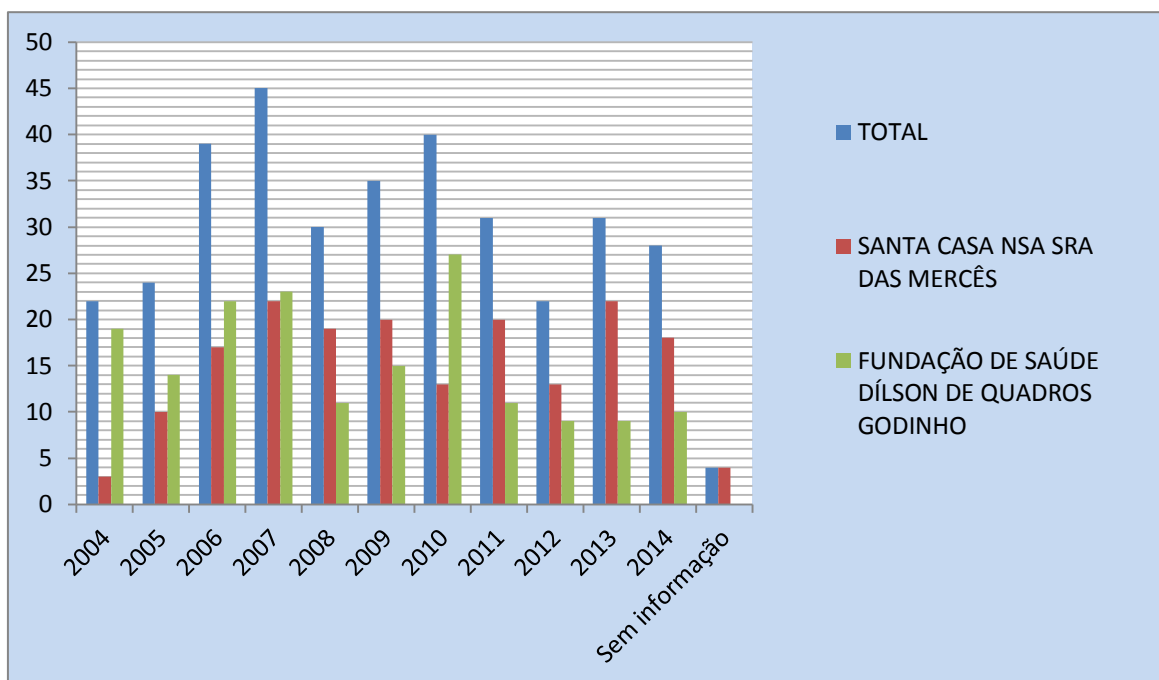


Fonte: Tabulador Inca, 2017

Fonte: Tabulador Inca, 2017

A maior ocorrência do CCU, nos anos de 2004 a 2014 se deu exatamente nas faixas etárias onde as taxas dos níveis de prevenção estiveram decedentes. Nos números apresentados no gráfico 6 a maior quantidade de casos ocorreu na faixa etária entre 25 a 64, seguido pelo grupo de 65 a 80 anos, representando 74 e 23% dos diagnósticos respectivamente, justificando a preocupação da saúde pública com a expansão deste câncer nesta fase da vida da mulher. Quando se analisa o estado de Minas Gerais e o Brasil, conforme gráficos 7 e 8, as maiores ocorrências também se concentram de 25 a 64 anos, porém os índices do grupo que compõe a faixa de 65 a 80 anos são menores que o índice municipal. A menor porção de diagnósticos está na faixa dos 80 anos ou mais, neste grupo o estado de Minas Gerais concentra maior número de casos do que o município e o Brasil. Nesta fase fatores como atividade sexual, uso de contraceptivos e consequentemente os ciclos reprodutivos se tornam menos expressivos. Os casos de câncer do colo uterino segundo o ano de diagnóstico e unidade hospitalar estão expressos no gráfico 9.

Gráfico 9: Casos de CCU por ano diagnóstico e unidade hospitalar Montes Claros/MG.



Fonte: Fundação Dilson de quadros Godinho/Irmandade Nossa Senhora das Mercês, 2017.

O número de casos de CCU no município de Montes Claros são oscilantes de acordo com cada período de diagnóstico, o período de maior pico foi o ano de 2007

seguido pelo ano de 2010, as ocorrências foram crescentes a partir do ano de 2004 até 2007, deste para o ano seguinte houve uma redução no número de diagnósticos em torno de 33,5% de 2008 para 2009 os registros voltaram a aumentar em torno de 17%, os números continuaram crescentes no ano de 2010 e a partir daí começaram a cair contabilizando uma redução de 12 casos a menos entre os anos de 2010 para 2014, tais valores são considerados baixos expressando a necessidade de uma política eficaz das medidas de prevenção.

Outra apresentação exposta no gráfico 6 é a distribuição de casos por unidade hospitalar de 2004 a 2007 a maior parte dos diagnósticos e tratamento estavam concentrados no hospital Dilson Godinho, a partir de 2008 a Santa Casa Nossa Senhora das Mercês passa a representar uma atividade de atendimento equiparada ou até mesmo maior em alguns anos, isto porque a unidade de saúde passa a receber incentivos para outras especialidades ampliando o quadro de atendimento especializado em saúde no Norte de Minas, as duas unidades ora citadas são referências de tratamento em oncologia na macrorregião, dentre outras especialidades atendendo também municípios de outras macrorregiões de saúde do Estado que não possuem atendimento qualificado Estendendo a oferta para algumas cidades de outros estados com o caso do sul da Bahia.

O Hospital Dilson Godinho possui Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Oncologia, composto dos serviços de Quimioterapia, Radioterapia, Cirurgia Oncológica e Hematologia. A unidade oferece serviço de oncologia clínica, oncologia infantil, hematologia, equipe de cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia.

3.3 Análise Geral em torno da mortalidade por Câncer do Colo do Útero.

A mortalidade da população feminina tendo como causa específica o câncer do colo do útero tem aumentado a cada ano se tornando uma grave preocupação para a saúde pública, segundo dados do Portal Brasil (2014) numa avaliação de 10 anos entre 2002 a 2012 houve uma pequena queda na incidência de morte por este tipo de câncer caindo de 5,04 casos para cada 100 mil mulheres em 2002 para 4,72 casos em 2012,

porém este índice não se manteve em queda para os próximos períodos, segundo o Inca deve-se ressaltar que considerando valores absolutos não houve redução e sim aumento na mortalidade, uma vez que a população também aumentou. No ano de 2002 o CA do colo uterino foi responsável pela morte de 4.091 mulheres e no ano de 2012 os óbitos chegaram a 5.264 e em 2013 os números continuaram a crescer contabilizando 5.430 mortes e no ano de 2014 chegaram a 5.448, na tabela 6 estão expostos os dados de mortalidade do Brasil abarcando o período de 2004 a 2014.

Tabela 6: Mortalidade da população Feminina no Brasil de 2004 a 2014 por CA de colo do útero

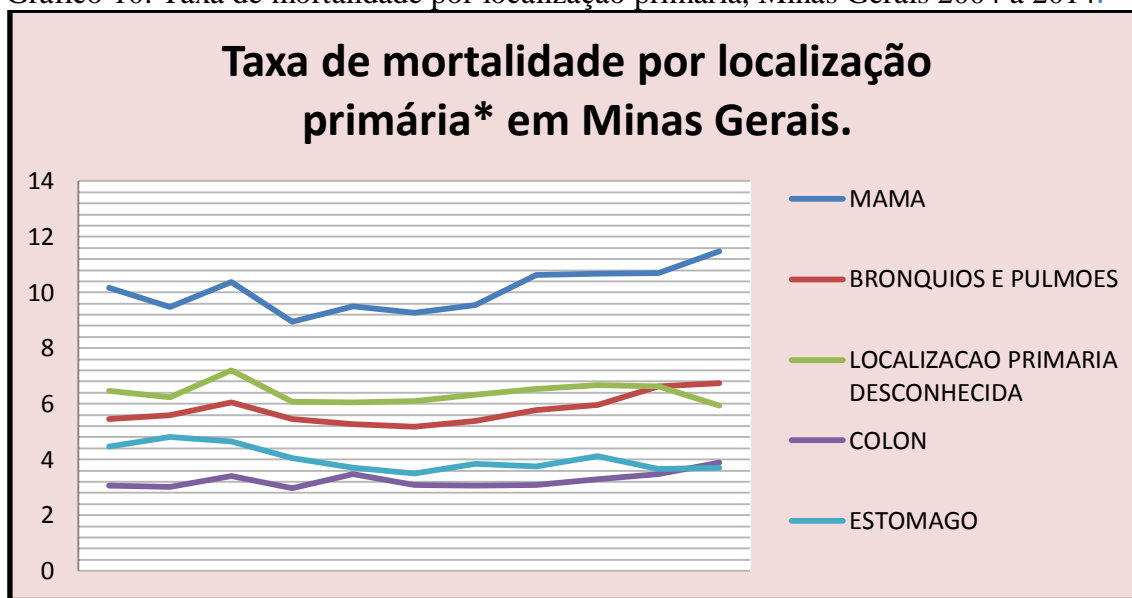
Faixa-etaria	Óbitos_mulheres	Taxa_especifica_mulheres
00 a 04	0	0
05 a 09	2	0
10 a 14	0	0
15 a 19	31	0,03
20 a 29	1.503	0,79
30 a 39	6.224	3,83
40 a 49	11.318	8,42
50 a 59	12.446	12,87
60 a 69	10.465	17,04
70 a 79	7.664	21,38
80 ou mais	4.751	27,33
Idade ignorada	12	0
Total	54.416	-
Taxa Bruta	-	5,12
Taxa Padrao Mundial	-	4,87
Taxa Padrao Brasil	-	5,22

Fonte: Atlas online de mortalidade, 2017.

Pela tabela 6 vê-se que o alcance da doença está cada vez maior atingindo faixas etárias diferenciadas, por isso a intensa preocupação da saúde pública em torno do problema. Essa situação segundo o MS pode estar associada aos hábitos alimentares e condições de vida pouco saudáveis. O aumento nos números se mantém a medida que vai aumentando a faixa etária para a idade de alto risco, faixa etária de 25 a 64 anos, os números são expressivos carecendo uma situação de alerta para abrangência da doença.

Diminuindo a escala de abrangência o gráfico 7 traz a representação da taxa de mortalidade das cinco localizações primárias mais frequentes em Minas Gerais entre os anos de 2004 e 2014, ajustadas por idade, pela população mundial e por cem mil mulheres.

Gráfico 10: Taxa de mortalidade por localização primária, Minas Gerais 2004 a 2014.



Fonte: INCA/Atlas online de Mortalidade, 2017.

*A localização primária diz respeito a porção do corpo humano onde em primeiro momento foi diagnosticada a neoplasia.

Consoante a representação do gráfico 7 a nível estadual o colo do útero não está elencado entre as cinco localizações primárias de neoplasias responsáveis pela mortalidade feminina, as principais ocorrências são a mama com uma taxa de 11,49, seguida pelos brônquios e pulmões com 6,73, o fator localização primária desconhecida aparece em terceira posição com 5,93 casos por 100 mil aparecem ainda na quarta e quinta localização mais frequente o colón com 3,88 e o estomago com 3,7 da taxa ajustada respectivamente. O fato do câncer cervical não aparecer dentre as cinco localizações primárias quando se analisa o estado de Minas Gerais está associado a questões de particularidades de cada município, pois em alguns municípios do estado o colo uterino não aparece entre as cinco localizações primárias intervindo na posição em âmbito estadual. Essa ocorrência também não significa que o CA de colo do útero não é frequente, tal preceito se afirma diante dos dados do INCA que destacam a mortalidade

de 4.046 mulheres por este tipo de câncer em Minas Gerais entre os anos de 2004 a 2014 correspondendo a uma taxa padrão Brasil de 3,55 casos por 100 mil mulheres. Natabela 07 estão inseridos os municípios pertencentes a macrorregional de saúde de Montes Claros nos quais foram registrados casos de mortalidade por CCU.

Tabela 7: Representação das taxas ajustadas de mortalidade por CA do colo uterino na macrorregião de saúde de Montes Claros/MG.

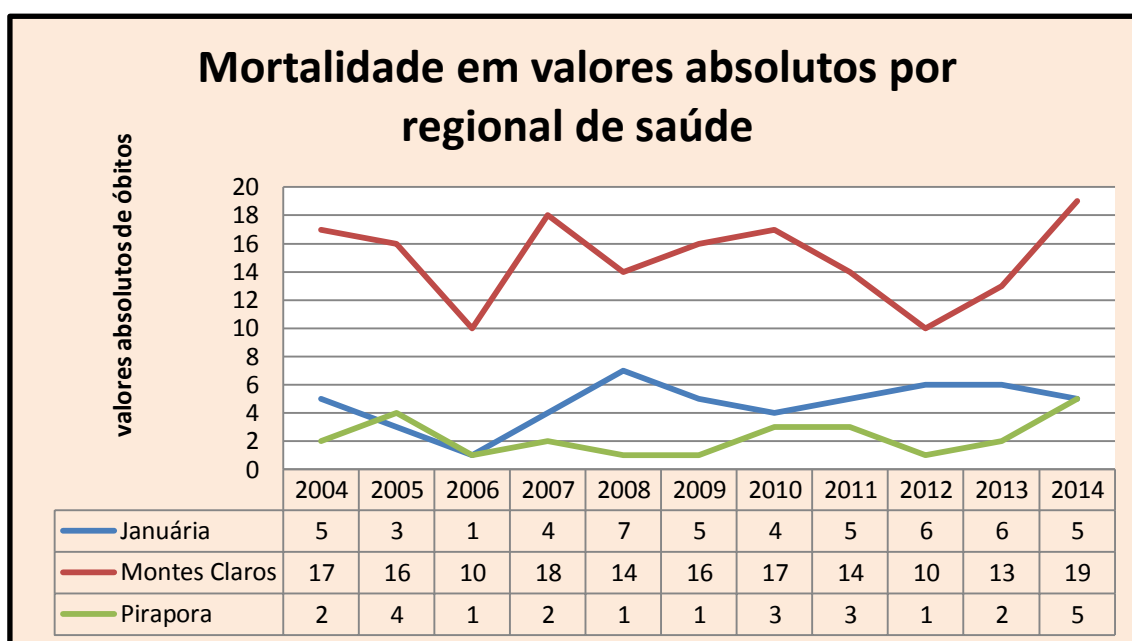
Cidades	Taxa Ajustada pela população Mundial, 2010		
Buritizeiro	5,54	Porteirinha	1,08
Ibiaí	2,52	Rio Pardo de Minas	2,37
Lassance	3,11	Rubelita	1,96
Pirapora	3,02	Salinas	1,42
Várzea da Palma	5,8	São João do Paraíso	2,71
Bocaiúva	5,13	Taiobeiras	1,22
Capitão Enéas	4,97	Brasília de Minas	1,12
Catuti	8,1	São Romão	5,07
Coração de Jesus	2,77	Ubaí	1,8
Engenheiro Navarro	8,47	Urucuia	2,06
Espinosa	3,33	Varzelândia	4,37
Francisco Dumont	8,56	Itacarambi	4,17
Francisco Sá	0,92	Januária	4,78
Gameleiras	4,05	São Francisco	2,11
Janaúba	3,83	São João da Ponte	1,8
Jaíba	2,39	São João das Missões	2,16
Lagoa dos Patos	11,01	Luislândia	6,56
Mato Verde	4,42	Manga	6,63
Montes Claros	5,44	Mirabela	2,75
Montezuma	9,13	Miravânia	4,87
Ninheira	2,17	Montalvânia	2,34
Novorizonte	3,99	Patis	4,15
Olhos-d'Água	4,84	Pedras de Maria da Cruz	2,13

Fonte: INCA/Atlas online de Mortalidade, 2017.

A tabela 07 demonstra que grande parte dos municípios está agregada dentro do altas taxas de mortalidade ultrapassando até mesmo a taxa estadual, em contrapartida

muitos municípios, principalmente os de pequeno porte com menor número de população não contabilizam valores para taxa de incidência visto que a representação é feita de um condensado do período de 2004 a 2014, tal fator significa que em alguns anos houve óbitos por CCU e em outros não, tal disparidade muitas vezes contribui para que ocorram taxas nulas. Os gráficos 11 e 12 representam a mortalidade na macrorregião norte por taxas ajustadas e valores absolutos com a finalidade de comparar a incidência dos óbitos pela doença em relação à população local

Gráfico 11: Mortalidade por localização primária, por Regional de saúde (Macrorregional de saúde Norte de Minas), 2004 a 2014.



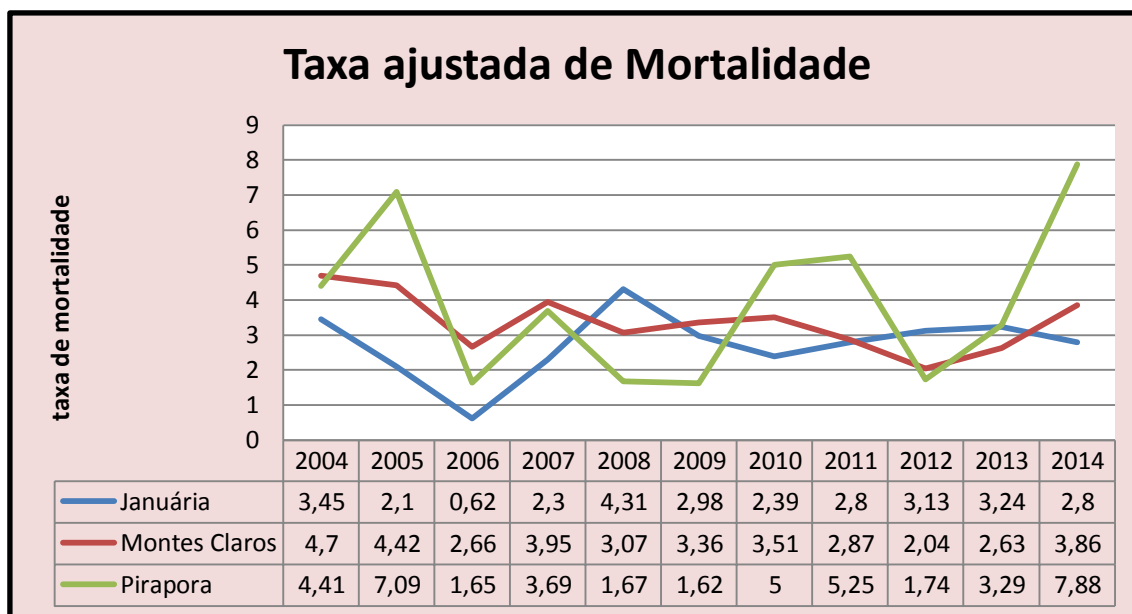
Fonte:INCA/Atlas online de Mortalidade, 2017.

Para elaboração dos gráficos 11 e 12, foi considerada a divisão da macrorregião Norte (Montes Claros) de saúde em três polos regionais, figura 02, abrangendo os mesmos 86 municípios que compõem a macrorregional, a intenção foi avaliar a ocorrência de óbitos por câncer cérvico-uterino, comparando-se a taxa de mortalidade ajustada, por idade, da população brasileira referente ao censo de 2010, por 100.000 mulheres, com os valores absolutos, isto porque sempre que se trata de valores absolutos a ocorrência é maior nos municípios onde a população é maior, no gráfico 11, por exemplo, a regional de Montes Claros abrange um contingente populacional muito maior do que o de Pirapora e de Januária devido a isso os números absolutos da ocorrência de óbitos vão ser maiores, pois sempre que aumentar o número populacional

e mais mulheres adentrarem a faixa etária de risco para desenvolver o câncer do colo do útero mais são as chances do valor absoluto de ocorrências crescer.

Ao analisarmos a situação exposta no gráfico 12 têm-se outra visão, considerando a taxa ajustada pela população brasileira de 2010, vê-se que a regional de Pirapora possui, na maioria dos anos taxas de óbitos maiores do que a regional de Montes Claros, a regional de Januária também apresentou tal situação estando as taxas de 2008 e 2013 superiores as da regional de Montes Claros. Essas avaliações diferenciadas permite dimensionar a expansão da doença pelos municípios buscando compreender a importância do município de Montes Claros enquanto polo regional de tratamento de saúde.

Gráfico 12: Taxa de mortalidade por localização primária, Regional de saúde (Macrorregional de saúde Norte de Minas), 2004 a 2014.

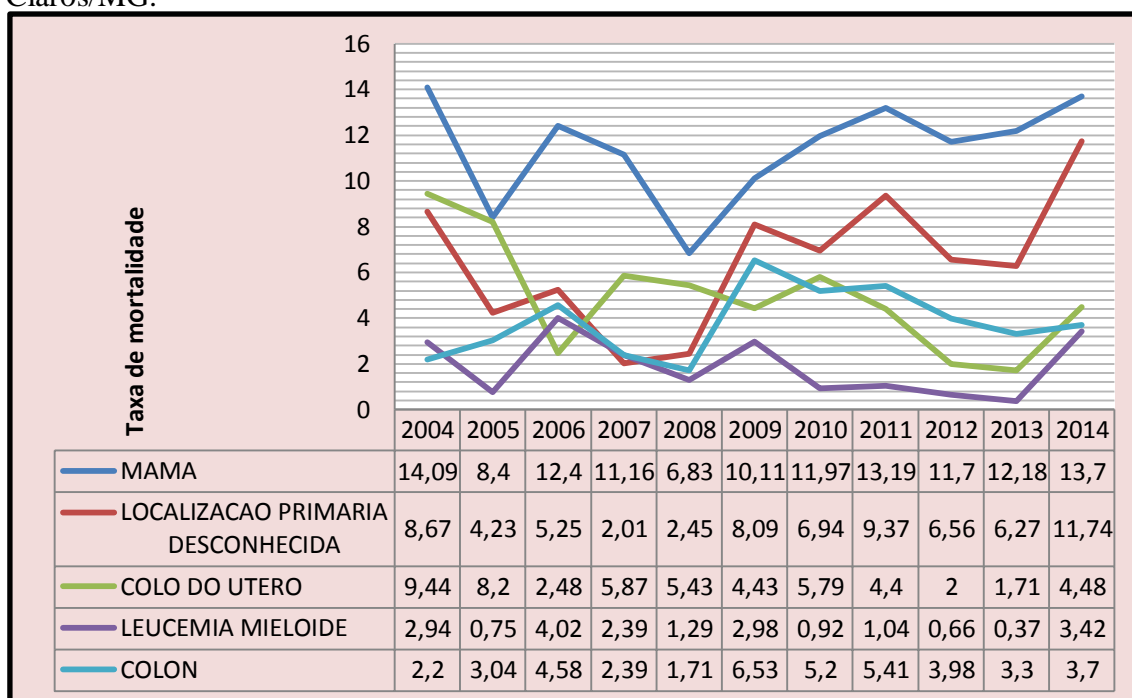


Fonte: INCA/Atlas online de Mortalidade, 2017.

As taxas de mortalidade bem como os valores absolutos são oscilantes de acordo com o ano de ocorrência, a incidência por município também é importante para se entender que existem importantes aspectos a serem apreendidos. O fator socioeconômico é um importante perfil a ser observado uma vez que no caso do CCU as condições de alimentação, habitação e educação podem colaborar fielmente para o controle do desenvolvimento da doença. No gráfico 13 estão indicadas as taxas de mortalidade do município de Montes Claros pela neoplasia supracitada por localização

primária, é importante destacar que enquanto em nível estadual o colo do útero não aparece dentre as cinco localizações primária de diagnóstico da doença, em Montes Claros o órgão aparece como a terceira localização prioritária, daí aparece a necessidade do estudo local de preponderância das doenças, visto que as peculiaridades do território trazem condicionantes distintos do processo saúde/doença.

Gráfico 13: Taxa de mortalidade por localização primária, 2004 a 2014 Montes Claros/MG.



Fonte:INCA/Atlas de Mortalidade online, 2017.

De acordo com a exposição do gráfico 13 o câncer do colo uterino é o terceiro maior, no grupo de neoplasias, responsável pela mortalidade feminina no Município de Montes Claros, ficando atrás do câncer de mama e daqueles que mesmo que a localização detalhada seja no colo do útero ou mama não foi possível diagnosticar no momento oportuno. A redução nas taxas de mortalidade passou por várias oscilações no período de 2004 a 2014, mas não manteve o índice de redução, as maiores taxas foram expressas no ano de 2004 e 2007, enquanto o menor valor foi registrado em 2013, porém deste ano para o de 2014 a taxa de mortalidade subiu de 1,71 para 4,48 respectivamente.

O câncer do colo uterino é o terceiro maior, no grupo de neoplasias, responsável pela mortalidade feminina no Município de Montes Claros, ficando atrás do câncer de mama e daqueles que mesmo que a localização detalhada seja no colo do útero ou mama não foi possível diagnosticar no momento oportuno. A redução nas taxas de mortalidade passou por várias oscilações no período de 2004 a 2014, mas não manteve o índice de redução, as maiores taxas foram expressas no ano de 2004 e 2007, enquanto o menor valor foi registrado em 2013, porém deste ano para o de 2014 a taxa de mortalidade subiu de 1,71 para 4,48 respectivamente.

Neste contexto a promoção da saúde é de importância ímpar uma vez que visa à busca da melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Considerando que o consumo de tabaco, iniciação precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, má alimentação, são fatores que influenciam a ocorrência do câncer de colo uterino (MS, 2002) é de extrema relevância o investimento dos órgãos da saúde pública em campanhas que visem à informação e o acompanhamento da população alvo com o intuito de melhorar os números de realizações de exames preventivos garantindo condições de vida mais saudáveis. O quadro 3 traz dois tipos de dados em torno dos aspectos sociais da população feminina diagnosticada com câncer do colo do útero no município de Montes Claros/MG.

Quadro 3: Características das Ocorrências de CCU em Montes Claros 2004 a 2014.

<u>Ocorrências de câncer do colo uterino no Município de Montes Claros</u>						
<u>Origem do encaminhamento (%)</u>				<u>Estado Civil da população feminina diagnosticada (%)</u>		
SUS	Não SUS	S/informação	Conta própria	Casada	Solteira	Demais situações*
88%	10%	1,3%	0,7%	49%	15%	36%
*Estão classificadas como demais situações civis a parcela da população feminina, separada, viúva, em união consensual e aquela cuja informação sobre o estado civil não foi informado.						

Fonte: Tabulador hospitalar INCA, 2017.

De acordo com o quadro 3 a ocorrência do CCU no grupo de mulheres casadas é maior do que no grupo de mulheres solteiras, este fator está associado ao sexo seguro.

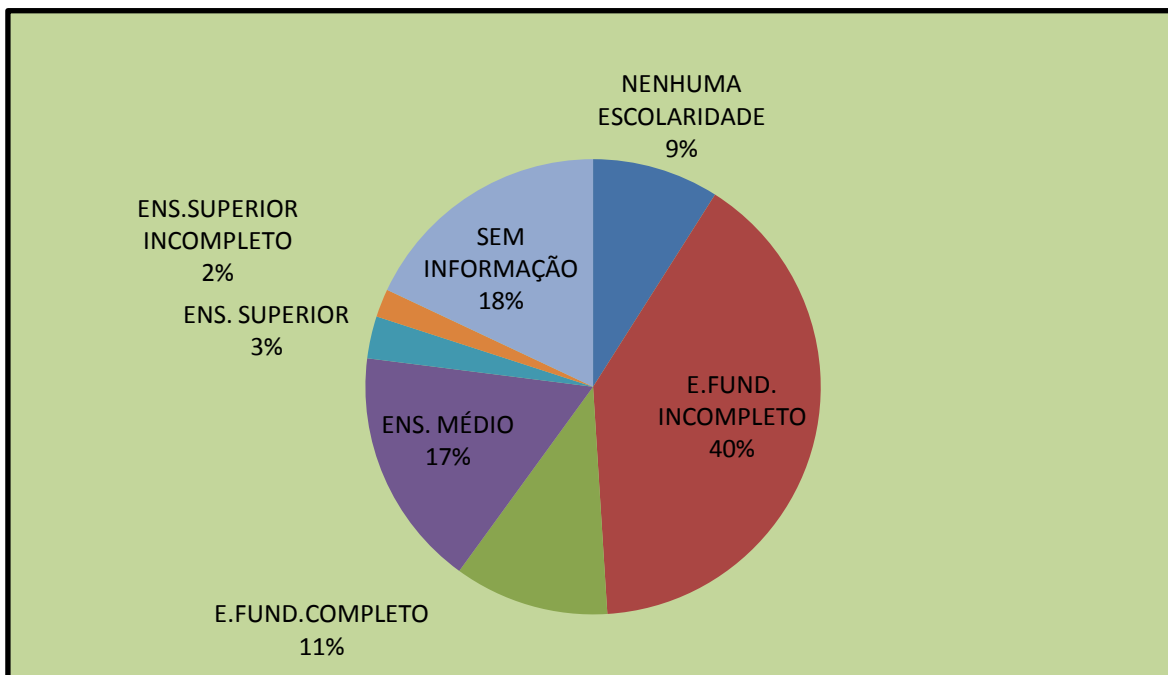
As mulheres casadas por possuírem apenas um parceiro sexual já se imaginam imunes a contrair o HPV e acabam não praticando o autocuidado da forma precisa. Constata-se ainda que a quase totalidade dos casos são diagnosticados, encaminhados e tratados através do SUS, desta forma o sistema de prevenção deve ser mais bem elaborado visto que a porta de entrada para o tratamento preventivo é a atenção primária que acompanha a população através da estratégia de saúde da família. Na concepção de Magalhães (2013, p.126)

A Atenção Primária à Saúde deve ser a porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde. É através dela, nas UBS, que a população passa a ter acesso à rede integrada de saúde, ou seja, as UBS são os centros dispersores de pacientes aos serviços de saúde, entretanto nem sempre é assim que ocorre, quando, por uma infinidade de contratempos, grande parte da população acessa os serviços de saúde onde tem mais facilidade ou onde consegue.

De acordo com o Sistema de informação de atenção básica – SIAB em dezembro de 2014 existiam 67.060 famílias cadastradas pelas equipes das ESF em Montes Claros, destas famílias mais de 76.700 pessoas eram do sexo feminino e pertencia a faixa etária de 20 a 64 anos de idade, ou seja, as equipes de saúde municipais tem condições de viabilizar ações que informe e conscientize a população em torno das necessidades de prevenção das doenças.

Outro importante indicador quando se analisa a ocorrência do CCU no município em estudo é a distribuição da doença por nível de escolaridade, gráfico 14, a maior parcela atingida tem pouco estudo ou nenhuma escolaridade, são pessoas que necessitam que a informação chegue até elas, precisam de esclarecimento de como proceder e onde recorrer para garantir a eficácia da prevenção. Muitas mulheres ainda sofrem com o medo, o preconceito do parceiro na busca pelo procedimento ginecológico, o tabu da exposição feminina, dessa maneira o trabalho de sensibilização tem que ser amplo para que a mulher se sinta amparada, segura em seu direito de proteção íntima na busca pela saúde.

Gráfico 14: Distribuição dos casos de CCU no município de Montes claros por nível de escolaridade das mulheres diagnosticadas.



Fonte: Tabulador hospitalar do INCA, 2017.

Questões como o uso do tabaco, do álcool e seus derivados também foram considerados no levantamento das ocorrências da doença no município em mais de 15% dos casos as pacientes eram consumidoras ou ex-consumidoras de algum tipo de cigarro e/ou bebidas.

Diante de tais exposições entende-se que a prevenção carece de ser trabalhada de forma contínua e uniforme junto à população. No caso do CCU é importante que os profissionais de saúde façam uma campanha profícua em torno da importância da realização do exame citopatológico preventivo e de hábitos saudáveis de sexualidade, atingindo todas as faixas etárias e todas as camadas da população, a promoção da saúde bem como as ações de prevenção às doenças devem ser uma luta diária na busca de propiciar vida com saúde.

Para melhor entender a importância desse ato foi apresentada no capítulo seguinte a importância da política de humanização da saúde, que busca essa aproximação entre os usuários e o sistema de saúde, a partir do acolhimento dos profissionais da área. São destacadas as principais ações de promoção da saúde que vem ocorrendo no município para alertar a população alvo sobre a necessidade de prevenção da doença.

CAPÍTULO IV

4 A PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO SUS

Conforme os ensinamentos de Gustavo Nunes de Oliveira (2010), coordenador da Política Nacional de Humanização – PNH, no campo da saúde a humanização se constitui numa aposta ética, estética e política. É ética porque abrange a atitude de usuários, gestores e profissionais da saúde. O teor estético se correlaciona ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas e a aposta política ocorre devido a associação à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. A partir de tais preceitos é criada em 2003, pelo Ministério da saúde a PNH, esta vem atuando de forma transversal às demais políticas de saúde, a fim de impactá-las e interferir na qualificação da atenção e gestão do SUS.

A criação desta política está pautada na necessidade de avançar e qualificar o sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, considerando o trabalho dos gestores e trabalhadores da área. Assim a PNH traz em sua base três princípios harmônicos: 1) Inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde, 2) Transversalidade, 3) Autonomia e protagonismo dos sujeitos. No entanto é um processo que carece estar em constante atualização, pois sendo a humanização uma política construída coletivamente, envolvendo as instâncias federais, estaduais e municipais deve ser coesa com os princípios do SUS, daí a necessidade de revisão e atualização periódicas, Para se efetivar a humanização é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e co-responsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde (PEREIRA; BARROS, 2009).

A proposta de Humanização da saúde é descrita por Deslandes (2004, p.11) como uma “[...]estratégia de interferência no processo de produção de saúde, através do investimento em um novo tipo de interação entre sujeitos, qualificando vínculos

interprofissionais e destes com os usuários do sistema e sustentando a construção de novos dispositivos institucionais nessa lógica”.

A abertura para viabilização de ações de promoção da saúde tem sua base no processo de humanização. Os profissionais buscam uma estratégia diferenciada para aproximar o usuário da rede de atenção básica de saúde, pois é este encontro que vai produzir efeitos positivos na construção da saúde. A necessidade dessas ações conjuntas fica expressa quando se faz uma análise dos princípios norteadores dessa política. Pelo princípio da transversalidade a PNH deve ser presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS, buscando transformar as relações de trabalho, ampliando o grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos. Com essa proposta é quebrado o isolamento minimizando o poder da hierarquização. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido.

A Indissociabilidade entre atenção e gestão considera que trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao passo que o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede familiar e social precisam se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são próximos. Assim surge o terceiro princípio pautado no protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, uma vez que as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. “Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos que valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (BRASIL, 2004).

Conforme explica Alves (2007) o Método Altair de Planejamento Popular – MAPP, constitui-se numa forma de planejamento participativo, desenvolvido por Carlos Matus. Esse método vem sendo aplicado nas ESFs para facilitar o processo de planejamento com a comunidade, visando melhorar a construção de uma gestão participativa e democrática. O autor destaca ainda que o sucesso do planejamento nas unidades de saúde da família está na participação popular.

4.1 O papel das ações educativas de promoção da saúde

Em termos contemporâneos a saúde é produzida ao longo da vida de acordo com o ambiente de vivência do indivíduo. Muito tem se falado em ações que visam promover o bem estar e que proporcione melhores condições de vida para o ser humano. Quais seriam essas ações? Como se dá essa promoção? Quem são os responsáveis diretos por tais atos? Essas são questões que devem ser avaliadas para melhor entendimento do que é promover a saúde.

As ações educativas possuem evidente importância para que a população obtenha informações sobre a vulnerabilidade a uma doença e os procedimentos de cunho preventivo que visam reduzir a incidência de determinadas patologias em dado local. Existem variadas ações elencadas pelo Ministério da saúde que são desenvolvidas em todo o país pelas equipes de estratégia de saúde da família que buscam focar nas peculiaridades locais de cada município para desenvolvimento eficaz de tais ações. Essas ações buscam atingir tanto a população específica com maior suscetibilidade às doenças, como informar e orientar os familiares e a sociedade em geral, como exemplo temos:

- **Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DNTS):** Nessas ações o foco preventivo está em torno do diabetes e da hipertensão arterial sistêmica, a sugestão é que se promova palestras, workshops e tendas da saúde, onde o profissional possa alertar o indivíduo, os familiares e sociedade em geral sobre o impacto dessas doenças no cotidiano. Numa ação social deve ser distribuído material educativo, medição de níveis tensionais e verificação de HGT (glicemia capilar).
- **Ações para saúde da mulher:** Promover palestras, aconselhamento pelos profissionais da saúde sobre a importância do autocuidado, do autoexame e dos exames preventivos de câncer de mama e câncer do colo uterino. Maior disseminação da campanha Outubro Rosa.
- **Ações para saúde do homem:** Disponibilização de materiais informativos, palestras de profissionais de saúde, sensibilização para importância do exame preventivo de câncer de próstata. Maior disseminação da campanha Novembro Azul.

- **Prevenção a doenças sexualmente transmissíveis:** informações sobre as DSTs/Aids, palestras sobre a importância da sexualidade saudável, distribuição de preservativos masculinos e femininos incentivando o sexo seguro.

Outras ações e programas são preconizados pelo Ministério da Saúde para que sejam amplamente divulgadas para a sociedade trazendo melhorias nas condições de saúde do indivíduo, dentre elas podemos citar Academia da Saúde, Melhor em Casa, Doação de Órgãos, Aleitamento Materno, Controle do Tabagismo e outras mais.

As ações que visam melhorar o nível de saúde do indivíduo precisam ser difundidas de forma igualitária, atingindo a comunidade como um todo. Conforme o disposto pela carta de Otawa o conjunto de ações que se caracteriza como promotoras da saúde, busca reduzir as diferenças existentes no estado de saúde da população, assegurando o direito comum nas oportunidades e recursos utilizados para capacitar as pessoas a alcançar um potencial satisfatório em saúde (BRASIL, 2002).

No pensamento de Pilar e Andrade (2011, p.5) para essa realização “[...]são necessários ambientes favoráveis, acesso a informação, a experiências, habilidades na vida, oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável”. Daí a importância de ações coordenadas que visem o alcance coletivo, segundo o Ministério da Saúde (2002, p.21) deve-se apreender que “[...] a Promoção da Saúde, portanto, deriva de ações coordenadas entre todas as partes da sociedade: governo, setor saúde, outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia”. Assim as estratégias e programas na área da promoção da saúde precisam se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

4.2 Ações e programas de saúde desenvolvidos em Montes Claros/MG.

As ações e programas de promoção da saúde têm ocorrido de forma veemente no município de Montes Claros. No ano de 2013 foram implementadas, através da

Prefeitura novas ações que vem ganhando destaque ao longo dos anos. Dentre essas ações estão:

Consultório na Rua: Esse programa se caracteriza por um serviço itinerante para atenção integral à saúde, ofertando cuidados aos moradores de rua, usuários ou não de substâncias psicoativas. Para a mulher, em situação de rua, é de grande significado, pois é uma forma de obter orientações sobre as consequências do sexo promíscuo e a disseminação do HPV, responsável pelo CCU. O consultório na rua permite que a informação e a prevenção sejam levadas as pessoas que não buscam o contato com o serviço de saúde.

Figura 04: Slogan do serviço Consultório na Rua – Montes Claros/MG



Fonte: Facebook/ Consultório na Rua, Montes Claros, 2017.

A ação consiste numa modalidade “extramuros” do setor de atenção primária, dirigida as pessoas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciadas da tradicional rede de serviços de saúde. Os pontos de atendimento estão situados na Praça da Matriz e no Mercado Municipal Central, a equipe, é composta por sete profissionais que constantemente avaliam os resultados e traçam novas metas do programa. O resultado considerado inovador em Montes Claros encontra-se também disponível na unidade de saúde do Bairro Morrinhos. Trata-se de um dispositivo clínico-comunitário, que oferta, cuidados em saúde aos usuários, em seu próprio contexto de vida, sendo adaptados para as especificidades de uma população complexa (SMS, 2014).

Figura 05: Ação “Rua de Direitos” Montes Claros/MG-2016.



Agência Minas, 2016.

A ação realizada na praça da Matriz, localizada no centro de Montes Claros, no ano de 2016, denominada "Rua de Direitos" atendeu a população em situação de rua da cidade, oferecendo diversos serviços nas áreas da justiça, saúde, cidadania, cultura e alimentação. O município foi o segundo do interior do estado a receber a iniciativa. A ação pertence ao programa Rua do respeito, que busca resgatar a cidadania das pessoas que vivem nas ruas. Na ocasião foram oferecidos serviços de assistências e orientações jurídicas. No contexto da saúde foram prestados serviços de aferição de pressão arterial e glicemia, exames de HIV e hepatite C e orientações sobre estas doenças, consultas com fonoaudiólogos, orientação sobre câncer de próstata, de mama, de colo do útero e encaminhamentos médico e odontológico. Essas ações levam a pessoa a pensar nas práticas de saúde do dia a dia e incentivam o autocuidado.

Figura 06: Presença de atividades do Consultório na Rua no dia Ação “Rua de Direitos”, Montes Claros/MG-2016.



Fonte: Agência Minas, 2016.

Caravana Mães de Minas: Realizada em setembro de 2013, consistiu em ações voltadas para a proteção e o cuidado das gestantes e das crianças de até um ano de idade, reduzindo a mortalidade infantil e materna. A orientação da gestante é necessária também para que a mesma faça exames preventivos como o PCCU. De acordo com Moreira et. al (2013 p. 511) “[...] Um terço dos casos de carcinoma cervical ocorre no período reprodutivo, sendo que cerca de 3% dos diagnósticos são realizados durante a gravidez”. Sendo assim existe uma maior chance das gestantes terem diagnosticadas lesões iniciais, pois a realização do exame papanicolau, para o rastreamento do câncer do colo do útero, faz parte da rotina pré-natal. No entanto é necessária informação e acompanhamento, pois muitas vezes, mesmo não tendo realizado o PCCU na periodicidade adequada, a gestante pensa que devido a situação gravídica o procedimento não pode ser realizado.

Programa saúde na escola: O programa já existente ganhou ampliação em 2013, com a assinatura do pacto entre as secretarias municipais de saúde e de Educação. O mesmo visa o acompanhamento dos estudantes da rede municipal, através do treinamento e capacitação dos profissionais da educação. Através do programa é proporcionada as crianças avaliação antropométrica, capacitação dos professores sobre saúde mental, capacitação sobre triagem oftalmológica e avaliação da saúde bucal. A ação conjunta com a secretaria de saúde proporciona a vacinação no âmbito escolar, garantindo um

maior acesso da população alvo, sendo essa vacinação necessária para o combate ao câncer cervical.

Academias ao Ar Livre: O projeto da “Academia ao Ar Livre” teve início em 2012 e já instalou 16 em toda a cidade. A partir do projeto é feita a instalação dos equipamentos, promovendo saúde e bem estar, ajudando a evitar assim a manifestação precoce de problemas de saúde como a hipertensão e o diabetes, que atinge cada vez pessoas mais jovens.

Figura 07: Academia ao Ar Livre, Bairro Santa Rita, Montes Claros/MG.



Fonte: ASCOM, 2016.

Idoso Cidadão: O projeto funciona através de parceria entre as secretarias de saúde, educação, desenvolvimento social, esporte e cultura, o projeto começou a ser implantado no mês de setembro do ano de 2013, oferecendo atividades esportivas, recreativas, educativas, culturais e de assistência social para a população com mais de 60 anos. O objetivo do idoso cidadão é garantir os direitos e uma qualidade de vida melhor para os idosos, através de grupos da terceira idade que estão sendo criados pelo município, tendo as unidades de saúde como referência (SMS, 2014). As mulheres de até 64 anos de idade, ainda estão na idade prioritária para fazer exames de PCCU. Como foi apresentado no capítulo anterior, a doença tem atingido mulheres em faixas etárias cada vez mais elevadas. Aí o papel das ações voltadas para esse público é de fundamental importância para controlar o avanço do câncer cervical.

Ações do Outubro Rosa

Durante todo o mês de outubro de 2016 a rede municipal de saúde de Montes Claros, através das equipes da Estratégia de Saúde da Família, promoveu a Campanha “Outubro Rosa”. A ação é realizada todos os anos, em todo o mundo, tendo como objetivo alertar as mulheres sobre a necessidade da prevenção ao câncer de mama, que é depois do câncer de pele não melanoma, o mais comum entre o sexo feminino. Durante todo o mês, as unidades de Saúde do município receberam uma decoração especial, alusiva à campanha. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde/MG a mudança, implantada através do Programa Estadual de Controle do Câncer de Mama, tem como mote diagnosticar a doença de forma cada vez mais precoce e assim aumentar consideravelmente as chances de cura sem sequelas, além da queda na mortalidade.

Este ano a campanha Outubro Rosa trouxe uma ação conjunta, a ação preventiva do câncer do colo uterino Com o apoio dos enfermeiros, médicos, residentes em Saúde da Mulher e Saúde da Família, agentes comunitários de Saúde, acadêmicos de faculdades sediadas no município, além de auxiliares administrativos e de zeladoria, foram oferecidos vários serviços para a população, como o exame Clínico das Mamas e a solicitação de mamografias para as mulheres na faixa etária de rastreamento houve ainda realização da coleta para exames de Prevenção de Câncer do Colo Uterino (SMS, 2016).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde a Coordenação dos Programas Estratégicos da Secretaria de Saúde, via Programa Saúde da Mulher, promoveu como parte da campanha Outubro Rosa, uma mobilização voltada para as funcionárias das empresas sediadas no Distrito Industrial. A motivação para esta ação ocorreu pelo fato de que a maioria das mulheres que trabalham na indústria tem pouco ou nenhum contato com rede de Atenção Primária de Saúde, devido à extensa jornada de trabalho. “Visando atender a esta demanda, as atividades ocorreram no local em três turnos: manhã, tarde e noite. Ao todo, foram atendidas mais de 3 mil mulheres” (SMS, 2016). São ações de muita importância, pois a saúde precisa ser levada ao indivíduo, incentivando-o ao autocuidado.

Figura 08: Unidade móvel do Programa Estadual de Controle do Câncer de Mama.



Fonte: ASCOM, 2016.

A Fundação Dilson de Quadros Godinho é pioneira no município de Montes Claros em edições do “Outubro Rosa”, no ano de 2016 o hospital ampliou as atividades deste ano para outras cidades da região. Através de parcerias múltiplas, foi preparada uma extensa programação para ser realizada também nas cidades de Brasília de Minas, Diamantina, Janaúba, Januária, Pirapora, Salinas e Taiobeiras. “A data é comemorada mundialmente para chamar a atenção das mulheres de que a prevenção é o melhor tratamento para o câncer” (FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2016).

Figura 09: Atendimento Praça Dr. Carlos, Hospital Dilson Godinho



Fonte: Hospital Dilson Godinho, 2016.

Segundo os informes do hospital foram prestados mais de 4.500 atendimentos durante os dias da programação do “Outubro Rosa”, da Fundação. Com o apoio de diversas entidades e empresas, profissionais do hospital ofereceram serviços de agendamento de mamografias, aferição de pressão arterial, testes de glicemia, orientações médicas, cortes de cabelos, massagens terapêuticas e serviços de beleza tudo gratuito, na Praça Dr. Carlos.

Uma participação que merece destaque na participação em ações no âmbito da Saúde é a Associação Presente. A mesma busca promover assistência, cuidar e amparar, jovens, adultos e idosos carentes acometidos por câncer, atuando na prevenção e diagnóstico precoce da doença. A instituição visa ser referência como instituição filantrópica e servir de exemplo de voluntariedade e apoio a pacientes com câncer na Região Norte de Minas Gerais. A associação possui como objetivos principais:

- Acolher pacientes com câncer, bem como seus familiares e cuidadores , oriundos de cidades do Norte de Minas que procuram Montes Claros para realização de tratamentos
- Desenvolver projetos de conscientização, sensibilização, mobilização pública através da disseminação, informação e educação em saúde e defesa de causa e direitos dos pacientes com câncer.

Figura 10: Início da Corrida/Caminhada outubro Rosa, Associação Presente



Fonte: Associação Presente, 2016.

Figura 11: Caminhada Outubro Rosa, participação diversificada de públicos



Fonte: Associação Presente, 2016.

A associação presta serviços de acolhimento e hospedagem, acompanhamento de equipe médica e enfermagem com visitas diárias aos assistidos, fornecimento de refeições para assistidos e acompanhantes. Entrega de marmitas para pacientes em tratamento nos hospitais Santa Casa e Dilson Godinho, traslado para hospitais, clínicas e ambulatórios; serviços de terapia ocupacional para promoção da saúde. Várias ações de conscientização, prevenção e diagnóstico precoce dos cânceres (ASSOCIAÇÃO PRESENTE, 2017).

Importantes ações vêm sendo realizadas pela associação ao longo dos anos de atuação no município contribuindo de forma significativa para o bem estar da população, na edição do “Outubro Rosa” 2016 foi promovida, dentre outras atividade a 4ª corrida /caminhada cujo objetivo é alertar a população para a prevenção do câncer de mama e incentivar a prática de esportes. É interessante destacar que a associação busca pela conscientização do público em geral e não somente das mulheres, visto que a saúde é um ato coletivo. Na corrida/caminhada foi expressiva a presença do público masculino visando o cuidado e apoio na causa de uma doença amplamente divulgada e direcionada as mulheres mas que também atinge o sexo masculino.

Figura 12: Participação do público masculino na corrida/caminhada.



Fonte: associação Presente, 2016

Ações do Dia Mundial sem Tabaco

Neste ano de 2017 a Prefeitura de Montes Claros, através da Secretaria Municipal de Saúde, promoveu uma série de ações para celebrar o Dia Mundial Sem Tabaco, propagado no dia 31 de maio. Várias ações foram desenvolvidas durante a semana e teve a participação das unidades de saúde na busca de sensibilização da população. Foram realizadas blitz educativa em diversos pontos com a distribuição de panfletos alertando sobre os riscos do cigarro. Foi realizada uma grande ação na praça Dr. Carlos Versiani, com vários serviços de cunho social, serviços como aferição de pressão, testes de glicemia e avaliações em saúde.

Uma panfletagem também foi feita na Escola Estadual Antônio Canela, com profissionais da Estratégia Saúde da Família do bairro Chiquinho Guimarães. As ações também ocorreram no Montes Claros Shopping e no Mercado Municipal. O encerramento da semana ocorreu no domingo 28, com a realização de uma corrida e caminhada saindo da Praça dos Jatobás (SMS, 2017). A importância das ações contra o uso do tabaco são necessárias em combate aos diversos tipos de cânceres visto que a

substância é responsável ou corresponsável pela ocorrência da doença em várias localizações, inclusive no colo uterino.

Figura 13: ESFs nas ações do Dia Mundial sem Tabaco, 2017 - Montes Claros/MG



Fonte: Agência Minas, 2017.

Ações do Dia Mundial da Saúde

No dia 07 de abril de 2017 em comemoração ao Dia Mundial da Saúde, o hospital Nossa Senhora das Mercês (Santa Casa de Montes Claros) promoveu a 5ª edição do “Santa Casa Mais Saúde”.

O palco da ação foi a Praça Honorato Alves, também conhecida como “Pracinha da Santa Casa”. Durante o evento foram oferecidos atendimentos como exame de glicemia capilar, avaliação postural, cálculo do IMC, orientações nutricionais, orientações e captação de doadores de sangue, escuta psicológica, orientações sobre prevenção a DSTs e Aids. A iniciativa visou oferecer ações preventivas em benefício da comunidade, sendo inteiramente realizada com a ajuda de parceiros e voluntários (ASSESSORIA DE IMPRENSA DA SANTA CASA DE MONTES CLAROS, 2017).

Figura 14: Panfletos de Ações realizadas pela Santa casa no dia Mundial da Saude .



Fonte: Assessoria de imprensa Santa Casa de Montes Claros (MG), 2017.

Figura 15: colaboradores da Santa Casa e população no Dia Mundial da Saúde/2017.



Fonte: Santa Casa, 2017.

A Associação Presente também realizou valoroso trabalho no Dia Mundial da saúde com o Mutirão de Prevenção ao Câncer, que tem como missão fazer diagnóstico precoce, levar informação e permitir que, através de exames as pessoas tenham o curso de sua vida mudado e as chances de cura aumentadas. Realizado na Praça Doutor Carlos, neste ano de 2017, o evento superou as expectativas e atendeu cerca de 2500 pessoas. O crescimento da ação vem sendo expressiva desde sua primeira edição que ocorreu no ano de 2011. Comemorando sua sétima edição o evento trouxe a conscientização e prevenção de doenças junto à população oferecendo atendimento com especialistas e garantindo o acesso aos exames, com prevenções gratuitas de cânceres de mama, boca, pele, colo uterino e próstata. Na ação estiveram envolvidos 220 voluntários, entre médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, nutricionistas e acadêmicos (ASSOCIAÇÃO PRESENTE, 2017).

Segundo a Organização Panamericana de saúde, o Dia Mundial da Saúde foi criado em 1948 pela OMS, mediante à preocupação em manter o bom estado de saúde das pessoas no mundo, bem como alertar a todos sobre os problemas que atingem a população. Para o ano de 2017 o tema da campanha se concentrou na problemática da depressão, “Depressão: Vamos conversar”. Para a organização Mundial de saúde a questão é delicada e de abrangência mundial, estima-se que mais de 350 milhões de pessoas vivem com depressão sendo que nas Américas esse número está em torno de 50 milhões. A iniciativa reforça que existem formas de prevenir a depressão e também de tratá-la, considerando que ela pode levar a graves conseqüências.

Figura 16: Dia mundial da Saúde na Praça Doutor Carlos: Associação Presente



Fonte: Associação Presente, 2017.

Expostas as considerações em torno das realizações para promoção da saúde, verifica-se que as ações promotoras da saúde precisam ganhar espaços mais expressivos para que produza eficácia junto à sociedade. A informação é o veículo mais preciso que pode ser utilizado para atingir a comunidade, propiciando o conhecimento e gerando noções para o autocuidado. Diversas barreiras podem ser transpostas nesses eventos, pois os mesmos são momentos interativos nos quais os profissionais de saúde e a população entra em contato de maneira livre, descontraída, fora das “formalidades” dos centros de saúde. Neste ambiente a sensibilização e a conscientização têm a possibilidade de alcançar um maior número de pessoas. Assim as ações coletivas devem ser cada vez mais bem organizadas para que a abrangência seja cada vez maior e produza melhores resultados.

4.3 A questão entre as ações de promoção da saúde e a disponibilidade dos exames de PCCU em Montes Claros/MG.

As ações de promoção da saúde buscam incentivar a população alvo a realizar os exames e procedimentos favoráveis a prevenção da doença, controle e reabilitação da saúde. No caso do câncer do colo uterino, além das ações de grande alcance, o incentivo à prevenção é feita pelos agentes de saúde que estão em contato direto com os usuários da atenção básica. Grande parte dos estudos aponta que as ações educativas precisam ser reforçadas para que sejam atingidos maiores potenciais na realização do PCCU. Lopes et. al (2013, p.1) ratifica essa idéia afirmando que:

O câncer cérvico-uterino é umas das neoplasias mais frequentes na população feminina, porém, dentre os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais elevados potenciais para prevenção e cura podendo atingir até 100%, quando diagnosticado precocemente. Com o avanço das pesquisas voltadas para os fatores de risco ligados ao câncer de colo de útero podem-se desenvolver estratégias de prevenção primária e secundária, visando à proteção da população suscetível ao desenvolvimento do câncer de colo de útero. É importante salientar que as práticas de educação em saúde precisam ser reforçadas a partir da participação de toda equipe de saúde da família.

É exatamente a partir dessa abordagem que surge um impasse, embora as ações de saúde venham incentivando a procura pelo procedimento preventivo, como o PCCU, muitas unidades não estão oferecendo o serviço. No município de Montes Claros as

principais Unidades Básicas de saúde - UBS's⁷, segundo a Secretaria de Saúde local, são as unidades do Major Prates, Santos Reis, Renascença, Esplanada, Maracanã, Cintra, Delfino Magalhães, Independência, Lourdes, Planalto, São Judas Tadeu e Vera Cruz. Ocorre que de acordo com denúncia feita pelas usuárias do sistema de saúde algumas unidades não estavam oferecendo o serviço de prevenção.

Segundo o jornal Gazeta Norte Mineira, que buscou apurar o fato junto às unidades de saúde, o serviço está indisponível em dez unidades. A reportagem datada de 06/06/2017 destaca que nas UBS's do bairro Cintra e Major Prates está acontecendo somente a coleta do material, desta forma os custos laboratoriais deve ficar por conta da paciente. Aí se concentra um dos agravantes da situação, pois muitas usuárias não podem pagar pelo serviço e outra questão relevante é que a negativa do acesso e gratuidade em seu inteiro teor fere os princípios da universalidade, gratuidade e equidade do SUS.

A ocorrência na unidade do Independência não é mais favorável, pois ao afirmar que o exame preventivo seria retomado, o profissional responsável afirmou que o atendimento se limitaria a quatro exames mensais. Nas demais unidades a questão é mais agravante, pois o procedimento está em falta sem previsão de retorno. A ausência do exame foi justificada pelo fato do município não está arcando com os gastos junto aos laboratórios de análise que suspenderam o atendimento até que a situação fosse regularizada.

A ausência da realização do exame preventivo compromete de forma grave o controle do câncer do colo do útero, pois a doença carece de diagnóstico precoce para que seja combatida. Desta forma as ações de sensibilização não produzem a eficácia final, tornando-se até impotentes, de nada adianta a conscientização, que conduz a demanda pelo serviço de saúde, uma vez que o sistema está despreparado para ofertá-lo.

⁷As Unidades Básicas de Saúde (**UBS**) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais.

4.4 Humanização nas políticas de atenção básica no atendimento às mulheres lésbicas

A atenção humanizada e de boa qualidade consiste em estabelecer relações entre sujeitos, enquanto seres semelhantes, mesmo que se apresentem muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação (BRASIL, 2004).

Nos Princípios e diretrizes de atenção integral a saúde da mulher o Ministério da saúde (2004) destaca os pontos primordiais de humanização e da qualidade da atenção que se deve seguir, são eles:

- Acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- Definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- Disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- Capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- Estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- Estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;

- Análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

Precisa-se buscar a compreensão de que os termos humanização e qualidade na atenção em saúde são indissociáveis na atenção em saúde, é um processo de compartilhamento de saberes e reconhecimento de direitos. Quando se pensa nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher refere-se somente à mulher heterossexual, por isso o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, realizado em junho de 2003, buscou discutir a importância do entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Dentre outras necessidades de saúde desse grupo populacional foi discutido o atendimento na área da ginecologia, em que os profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual. Esse fator pode colaborar gravemente para a ocorrência de doenças como o câncer do colo uterino, pois muitas mulheres desse grupo ainda consideram que este tipo de câncer afeta somente mulheres heterossexuais (BRASIL, 2004). Esse tipo de pensamento interfere firmemente no processo de prevenção, considerando que não existe uma sensibilização por não se acharem vulneráveis.

Ainda em 2003 a questão das doenças sexualmente transmissíveis - DSTs e Aids foi pensada no âmbito das mulheres lésbicas profissionais do sexo, porém o fenômeno da feminização da Aids, por volta de 2007, chamou a atenção para a vulnerabilidade das mulheres com relação à infecção pelo HIV e AIDS, destarte tal situação tornou necessário se pensar a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais com um novo olhar (BRASIL, 2014).

No geral, os textos e ações debatidos no seminário de 2003 sobre violência contra a mulher não abordam as especificidades das mulheres lésbicas, como se estas não fossem vítimas de tal situação. A outra questão abordada se referiu ao acesso à inseminação assistida na rede do SUS, que precisava incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária. Foram

importantes questões debatidas que precisam ao longo do tempo ser mais bem elaboradas para que os serviços e profissionais contemplem de forma equitativa mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania (BRASIL, 2004).

No ano de 2008, foi lançado o Programa Mais Saúde – Direito de Todos, cujo principal objetivo foi a reorientação das políticas públicas de saúde visando ampliar o acesso de qualidade e promover ações que enfrentassem as desigualdades sociais reconhecidas como determinantes no processo de adoecimento. As populações foco de atenção do programa foram as populações negra, LGBT⁸, quilombola, população de rua, profissionais do sexo e outras. A 13ª. Conferência Nacional de Saúde, nesse mesmo ano, pela primeira vez, incluiu a orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais para a saúde. As recomendações foram mais amplas, atingindo várias áreas, com vistas a abranger a saúde não meramente como ausência de doença (BRASIL, 2014).

Ainda no ano de 2008, aconteceu a 1ª. Conferência Nacional LGBT, propiciando maior participação social e debate público sobre as necessidades de saúde da população LGBT. Da Conferência resultou a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009. No ano de 2010 foi instituído no Disque Direitos Humanos o módulo LGBT para receber denúncias de violências e violações de direitos desta população. Em 2011, ocorreu a 2ª. Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT, onde foi lançado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos, trazendo estratégias de ações para a garantia da igualdade de direitos e combate à discriminação (BRASIL, 2014). Segundo dados do ministério de Direitos Humanos o número de denúncias de violências homofóbicas cresceu 166% no ano de 2012, considerando as denúncias recebidas no ano anterior.

⁸LGBT (ou LGBTTTT) é a sigla de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, que consistem em diferentes tipos de orientações sexuais. A sigla LGBT também é utilizada como nome de um movimento que luta pelos direitos dos homossexuais e, principalmente, contra a homofobia. Inicialmente, o movimento era conhecido apenas por GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes), porém houve um grande crescimento e as pessoas começaram a questionar as diferentes ramificações e identidades, fazendo com que o movimento adquirisse outros tipos de orientações sexuais. O termo foi oficialmente alterado de GLS para LGBT em uma Conferência Nacional, realizada em Brasília, no ano de 2008.

É interessante destacar que estas políticas tratam a população LGBT como uma parcela específica. Porém é preciso considerar que são pessoas que possuem o sexo biológico feminino e masculino e que além das políticas de inclusão social, precisam de orientação na área de saúde com vistas a se prevenirem não somente de doenças sexualmente transmissíveis, mas também de outras como as crônicas não transmissíveis que atingem homens e mulheres independente da sua orientação sexual. Deste modo entende-se que ainda existe um longo caminho a ser percorrido na busca da efetivação do atendimento e das ações em saúde que atendem as especificidades do indivíduo em todos os aspectos.

Conclui-se assim que as ações de saúde viabilizam a condução da população às práticas primárias de saúde, a partir dessas ações o indivíduo adquire informações que o dirige no cotidiano em busca de serviços e atendimentos que muitas vezes não são conhecidos pela escassez de divulgação. Através da promoção da saúde em ações coletivas a conscientização atinge um público cada vez maior, ampliando o grau de esclarecimentos em torno das rotinas preventivas e hábitos saudáveis de vida.

Apesar de estar sendo desenvolvidas ações de promoção da saúde em nível crescente no município de Montes Claros, essas ações não estão sendo direcionadas de forma completa para o controle do CCU. A conscientização para o aspecto preventivo da doença e a gravidade da mortalidade pela mesma, acontece sempre de forma secundária. Geralmente estão acopladas as campanhas preventivas do câncer de mama e ganham menos destaque. A falta de campanhas específicas que chamem atenção para a prevenção prejudica o combate da doença que assume índices preocupantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora venha sendo desenvolvidas muitas ações e programas de saúde coletiva, no município de Montes Claros, as mesmas não são voltadas de forma específica para orientação quanto a importância da prevenção do CCU. A orientação, no caso do PCCU, fica restrita as ESF'S, e, por sua vez não atinge com eficácia o público alvo, contribuindo para a prevalência e/ou aumento de casos por esse tipo de câncer no município. Por ser prevalente, o estudo epidemiológico do CCU contribui para o reconhecimento das principais necessidades da população alvo para controle, pois o câncer do colo uterino é uma doença que possui como condição prévia de cura, o tratamento preventivo, assim traz como imperativo a informação. Nesse contexto as ações de promoção da saúde devem ser elaboradas com minúcia para que produza efeitos eficazes. Visto que promover a saúde faz parte do processo de cuidados integrais da saúde, abrangendo prevenção, reconhecimento dos fatores de risco e tratamento adequado depois de instalada a doença.

As políticas de assistência à saúde da mulher precisam de maior debate em âmbito local, para que seja melhorado o cenário de desenvolvimento da saúde, principalmente àquelas com altas chances de cura a partir da prevenção. A partir da análise de dados do CCU do município de Montes Claros, a ocorrência se concentra na faixa etária de 25 a 64 anos. Tem ocorrido também uma progressão dos casos para além dessa faixa etária, a porcentagem da doença no grupo de mulheres de 65 a 80 anos é maior do que a taxa do estado de Minas Gerais e do Brasil, para essa mesma faixa etária. A quantidade de realização de exames citopatológicos é baixa em relação ao quantitativo feminino que se enquadra no perfil de rastreamento da doença. Tal situação em consórcio com a atual deficiência do sistema público de saúde do município em ofertar o exame preventivo, torna-se ainda mais grave devido ao fluxo de usuários de outras localidades que buscam no município a assistência. Pois Montes Claros é o polo macrorregional de saúde que precisa prestar serviços nos três níveis de atenção à sua população e em concomitância proporcionar atendimento especializado no tratamento oncológico e outros exames especializados para a população de outros municípios que fazem parte da macrorregional Norte de Minas.

A ocorrência das doenças está associada diretamente com o modo de vida do indivíduo, interferindo na forma como é reconhecida, prevenida e tratada. Desta forma a prevalência das doenças não transmissíveis, como os cânceres, está se destacando de forma intensa e gradual constituindo-se num grave problema de saúde pública. Assim se faz presente a relevância do estudo em torno do câncer do colo do útero por ser uma doença que atinge as mulheres, principalmente em sua idade reprodutiva e carece de grande atenção, pois o combate da doença depende da prática correta do exame preventivo, PCCU, que visa o diagnóstico precoce da doença, aumentando seu potencial de cura.

A saúde, cada vez mais ganha destaque no cenário das discussões nacionais e internacionais, visto que as políticas públicas é o fator primordial para eficácia do sistema de saúde. Os serviços de atenção primária a saúde vem se destacando na análise dessas políticas, por se tratar do primeiro contato do usuário com o SUS. A partir do trabalho desenvolvido nessas unidades de atenção primária é que serão conhecidas as características populacionais do ambiente produtor da situação da saúde.

Expostos tais fatores fica evidenciado que a forma mais eficaz de se garantir o bem estar da população é investir na promoção da saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais e ambientais no qual o indivíduo se localiza. Assim entende-se que as ações de conscientização e sensibilização são de necessidade ímpar uma vez que leva informação a população. No caso da saúde da mulher é uma questão ainda mais importante, pois a informação sobre os fatores que condicionam as doenças, suas características e a necessidade de exames diagnósticos preventivos, contribui para redução da incidência.

A descentralização do SUS trouxe maior responsabilidade e visibilidade para o município, enquanto gestor de saúde, assim o grau de influência e de incentivo das ações surte maior efeito junto ao público, pelo fato de estarem voltadas de forma restrita para as particularidades locais. No contexto da saúde pública, a saúde da mulher é um dos aspectos que carece ser revisado, melhorado e ampliado devido a magnitude do seu alcance. As políticas devem ser bem direcionadas para que atenda a mulher nas várias fases da vida abarcando ainda as orientações sexuais do gênero que pouco tem sido discutido no ambiente da saúde.

Destaca-se assim a atuação da geografia como ferramenta primordial para o desenvolvimento do processo de saúde. É uma ciência que vai direcionar as ações uma vez que permite o conhecimento do território nas suas diferentes concepções, permitindo a construção e adequação das políticas que atendam as reais necessidades do indivíduo dentro do seu ambiente.

A falta de campanhas específicas voltadas para o câncer do colo do útero provoca a falta de controle nos níveis da doença em Montes Claros. As ações não estão direcionadas de forma que atinja o público alvo, especialmente àquelas mais carentes, que não possuem conhecimento em torno da gravidade da doença. Falta orientação para o público feminino, sobre a associação do sexo sem proteção com a contração do HPV e conseqüente desenvolvimento do CCU. Pelo fato do exame preventivo ser oferecido nas unidades de atenção primária, na maioria das vezes não é levada a população a importância e a existência dos serviços. Funciona como se o usuário fosse obrigado a saber por si só da oferta desses serviços e da necessidade de usá-lo, como o PCCU.

A conscientização deve começar com amplas campanhas voltadas para o controle do câncer cervical desde a adolescência, a partir da disseminação da campanha de vacinação contra o HPV, prosseguindo até o fim da faixa prioritária de 64 anos. Pois, caso essas ações continuem a acontecer de forma aleatória e sem foco específico para o CCU, não produzirão efeito para controle da doença junto a população, bem como não será efetiva a melhoria da saúde da mulher que busca controlar a doença e combater a mortalidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA MINAS. “Rua de Direitos” chega a Montes Claros para atender a população em situação de rua” disponível em <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/rua-de-direitos-chega-a-montes-claros-para-atender-a-populacao-em-situacao-de-rua>, acesso em 02/07/2017.

ALDRIGHI, José Mendes; ALDRIGHI, Ana Paula Santos; PETTA, Carlos Alberto; Contracepção Hormonal Oral, Hpv e Risco de Câncer Cérvico-Uterino, **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2002; 48(2): 93-117.

ALVES, Mônica oliveira, MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz, COELHO, Bertha Andrade; A Regionalização da Saúde e a Assistência dos Usuários com Câncer de Mama; **Saude e Sociedade**, V.26, 2017.

ASCOM. Assessoria de Comunicação de Montes Claros, acesso em 2017.

ASSOCIAÇÃO PRESENTE. Mutirão de Prevenção ao Câncer, disponível em <http://www.associacaopresente.org.br/pagina.aspx?cat=Projetos&id=146>

BRASIL. Ministério da Saúde, Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Integral á saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde, Controle dos cânceres de Colo do Útero e da Mama, **Caderno de Atenção Básica** nº13, 2ª Ed. Brasília/DF, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde, Portaria Nº 2.488, 21 de Outubro de 2011, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html acesso em 12/09/2014 às 22 h.

CÂMARA, Gilberto; MONTEIRO, Antônio Miguel Vieira; DRUCK, Suzana; CARVALHO, Marília Sá; Análise espacial e geoprocessamento, cap.1. editora Embrapa, 2004

CAMPOS, Eliane Christine Santos de; **Território e Gestão de Políticas Públicas: uma reflexão sob a perspectiva do sistema Único de saúde – SUS**; V Jornada Internacional de Políticas Públicas; Maranhão, 2011.

CARVALHO, Maria Cristina de Melo Pessanha; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; Lesões precursoras do câncer cérvico uterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica; Escola Anna Nery vol.14 no. 3 Rio de Janeiro July/Sept. 2010.

DESLANDES, Suely. Análise do Discurso Oficial Sobre Humanização da Assistência Hospitalar. **Rev.Ciênc. Saúde Colet.** V.9, 2004.

FARIA, Rivaldo Mauro; A Territorialização da Atenção Primária a Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território; **Hygeia** 9 (16)- Junho/2013.

FARNESE, Jussara Martins; HOFFMANN, Ernesto José; Avaliação do rastreamento para câncer de colo uterino em duas equipes de estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil; **Revista Baiana de saúde pública**, V.37, n.1, jan./mar. 2013, p.34-44.

FEDRIZZI, Edison Natal; Epidemiologia da infecção Genital pelo HPV, **Revista Brasileira Patologia do Trato Genital Inferior**, Florianópolis, 2011; 1(1): 3-8.

FILHO, João Bosco Moura Tonucci; **Espaço e Território: um debate em torno de conceitos-chave para a geografia crítica**; Revista Espinhaço, 2013 2(1) 41-51.

GODIM, Grácia; MONKEN, Maurício; ROJAS, Luisa Iñiguez; BARCELLOS, Christivam; **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2008.

GUIMARÃES, Raul Borges; PICKENHAYN, Jorge Amâncio; LIMA Samuel do Carmo; **Geografia e Saúde sem fronteiras**; Ed. Assis, Uberlândia, 2014.

HAESBAERT, Rogério; Territórios Alternativos, Niterói, Ed. Contexto, 2002.

INCA. Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero. Sumário Executivo/ Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, Rio de Janeiro, 2010.

JORNAL GAZETA NORTE MINEIRA, disponível em <http://www.gazetanortemineira.com.br/noticias/saude/exame-preventivo-do-cancer-de-colo-do-utero-esta-em-falta-nas-unidades-de-saude-de-moc>, acesso em 01/07/2017.

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz; A expansão urbana de Montes Claros e suas implicações na ocorrência de doenças de veiculação hídrica. Dissertação (Mestrado) – PUC - São Paulo, 2009.

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz; fatores Determinantes da Ocorrência de tuberculose no Norte de Minas Gerais. A expansão urbana de Montes Claros e suas implicações na ocorrência de doenças de veiculação hídrica. Tese (Doutorado) – UFU - Uberlândia, 2013.

MALACHIAS, Ivêta; AMORIM, André Luis Guimarães; PINTO, Maria Auxiliadora Silva; LELIS, Leandro José Barros; SIQUEIRA Milton de. Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais; SES/MG, Belo Horizonte, 2013.

MARQUES, Antonio Jorge de Souza; Rede de Atenção à Urgência e Emergência na macrorregião Norte de Minas Gerais; Organização Pan-Americana de Saúde; Brasília-DF, 2011.

MOREIRA, Rita de Cássia Rocha; LOPES, Lucia Mendonça; DINIZ Normélia Maria Freire, Prevenção do Câncer do Colo do útero em Gestantes: estudo fenomenológico, OBJN, Rio de Janeiro, 2013

NAKAGAWA, Janete Tamani Tomiyoshi; SCHIRMER, Janine; BARBIERI, Márcia, **Vírus HPV e câncer de colo de útero**, Revista Brasileira de Enfermagem vol.63 no. 2 Brasília Mar./Apr. 2010.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de, 10 anos de Humanização no SUS, disponível em <HTTPS>://pensesus.fiocruz.br/humanizacao, 2010, acesso em 27/06/2017.

PEREIRA, Martha Priscilla; BARCELLOS, Christovam; O Território no Programa de Saúde da Família; **Revista Hygeia**, 2 (2) Junho/2006.

PILAR, Aline de Carvalho Amand; ANDRADE, Marilda; Promoção da Saúde: Uma Reflexão Sobre o Papel do Enfermeiro. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v.7. nº1, 2011.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura; O Brasil - Território e Sociedade no início do século XXI; 11ª ed; Record, Rio de Janeiro, 2008.

SES/MG, Apresentação cartográfica PDR/MG, 2011. Disponível em <http>://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=9241.

SILVA, Clayton Borges da; RAMIRES, Julio Cesar de Lima, Regionalização da Saúde em Minas Gerais: Algumas Reflexões Críticas, HYGEIA, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 2010.

SOUTO, Rafael, FALHAR, Júlio Pedro Borgo, CRUZ, Aparecido Divino da, O Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias, **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(2): 155-160.

TEMPERINI, Rosana Soares. Fundação das Pioneiras Sociais: contribuição inovadora para o Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil (1956-1970). **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3. 2012.

THULER, Luis Claudio Santos, Câncer do Colo do Útero no Brasil: Estado da Arte, **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3. 2012.

Sites consultados

<https>://irhc.inca.gov.br/RHCNet/selecionaTabulador.action?local=uf&unidFed=MG

<http>://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siscolo/ver4/DEF/uf/MGCCOLO4.def

<http>://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siab

<http>/tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipomg.def

<https>://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/

<http>://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=14&dados=26

<http>://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/03_02_02.htm

<http>://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/humanizadasus

<http>://www.santacasamontesclaros.com.br/index.php/noticias/detalhe/507

<https>://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/1894-dia-mundial-de-saude-abordada-depressao