



## RESUMO DOS 120 ANOS DA EEAP

**A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E A MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA  
NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Ana Luiza Barreto Zapponi<sup>1</sup>, Enirtes Caetano Prates Melo<sup>2</sup>

**RESUMO**

**Objetivos:** Analisar a distribuição dos óbitos com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro; Identificar os fluxos de mortalidade a partir da identificação do município de residência e do município de ocorrência e; Discutir as redes estabelecidas pelo deslocamento dos casos tendo como base o Plano Diretor de Regionalização. **Método:** Trata-se de um estudo de base populacional, do tipo ecológico. **Resultados:** Observou-se, de um modo geral, de um lado a manutenção de taxas elevadas e de outro o espalhamento deste padrão ao longo do período estudado. Tal distribuição reflete aspectos como a qualidade da assistência e o acesso aos serviços. O diagnóstico realizado em fase avançada parece representar o principal responsável pela distribuição da mortalidade e da sobrevida. **Conclusão:** O processo de regionalização deve considerar o papel dos fixos e dos fluxos. **Descritores:** Neoplasias da mama, Mortalidade, Enfermagem em saúde pública.

<sup>1</sup>Graduanda de Enfermagem da EEAP/UNIRIO. Bolsista FAPERJ, <sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ. Professora Adjunta III do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma das principais causas de óbito entre as mulheres brasileiras, registrando um pouco mais de vinte anos uma variação percentual de mais de 80%. As questões que envolvem a prevenção do câncer de mama são bastante complexas, em virtude da multiplicidade de fatores envolvidos, tornando a capacidade de intervenção nesses fatores limitada (INCA, 2002).

As estratégias de execução das diversas políticas de controle de câncer dependem consideravelmente do estágio de desenvolvimento do país e de suas particularidades territoriais, sócio-culturais e econômicas (TRAVASSOS, 2000).

No Brasil, a dimensão territorial, a estrutura de saúde pública e os fatores sócio-econômicos são condicionantes de uma estratégia própria e que deve se adequar às condições e características nacionais (PINHO, 2005). O padrão de utilização de serviços de saúde está condicionado por fatores como localização geográfica, tipo de serviço oferecido e disponibilidade, cultura do local aonde se encontra a população e o próprio serviço de saúde (BORGES, 2001).

A regionalização e a hierarquização são diretrizes do Sistema Único de Saúde e devem orientar a descentralização das ações e serviços de saúde através das redes de oferta de serviços. Assim, o Plano Diretor de Regionalização tem como proposta a articulação destas redes para atingir alguns dos seus objetivos, dentre os quais a garantia do acesso, a promoção da equidade e a garantia da integralidade da atenção (OUVERNEY, 2008). As redes territoriais são formadas pela interconexão de pontos e linhas,

aonde os pontos correspondem aos lugares, aos serviços de saúde e as linhas são as ligações entre os pontos. As linhas podem ser tanto materiais, como estradas e ruas, como imateriais, representadas, por exemplo, pelas redes de apoio social. Conhecer a estrutura e a dinâmica espacial da população é o primeiro passo para a caracterização de situações de saúde e permite planejamento de ações de controle e alocação de recursos (TRAVASSOS, 2004).

Os objetivos: Analisar a distribuição dos óbitos com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro, identificar os fluxos de mortalidade a partir da identificação do município de residência e do município de ocorrência e; Discutir as redes estabelecidas pelo deslocamento dos casos tendo como base o Plano Diretor de Regionalização.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de base populacional, do tipo ecológico. Foram estudados os óbitos de mulheres residentes no estado do Rio de Janeiro com diagnóstico de câncer de mama, atendidas em unidades de saúde pública. Para a classificação dos óbitos foi utilizada a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID 10, com o código C50 para o câncer de mama. Para isso, foi utilizada a base de dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM). O óbito é registrado através da Declaração de Óbito (DO), sendo o documento padrão do SIM.

Para a análise da distribuição espacial e para o mapeamento do fluxo de casos da residência para os serviços de saúde foi utilizada uma ferramenta computacional, de código aberto:

o TabWin. Os mapas de fluxos com flechas permitem identificar o volume de “tráfego” entre local de residência e de assistência, desde que identificados nos Sistemas de Informação em Saúde. A largura de cada flecha é proporcional ao fluxo. O padrão das setas permite verificar as dinâmicas percorridas em linha reta pela população na busca pela assistência, bem como identificar anomalias e particularidades neste fluxo, áreas que concentram os serviços de saúde e áreas com vazios sanitários. Neste estudo trabalhou-se somente origem e destino finais, uma vez que o percurso não está disponível nos SIS.

Após identificado o arcabouço da rede, identificou-se as regiões aonde há um maior deslocamento de pessoas e avaliou se estas regiões estão pactuadas segundo o Plano Diretor de Regionalização pelo fato de ser o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Parecer N°: 133/06, CAAE: 0131.0.031.000-06) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa- CEP- UNIRIO (CAAE: 0031.0.313.000-08).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

O Sistema de Informação sobre Mortalidade registrou no estado do Rio de Janeiro, no período de 2001 a 2007, 10.588 óbitos por câncer de mama. Destaca-se o aumento da mortalidade no período analisado, sendo a região Metropolitana I aquela com as maiores taxas. A região metropolitana II detém a segunda posição entre as maiores taxas de mortalidade. A região que apresenta a menor taxa de mortalidade por esta causa específica é a Baía da Ilha Grande. A região

Centro-Sul é a segunda com taxas de mortalidade mais baixas.

Dos municípios, o Rio de Janeiro apresenta a maior mortalidade (25/100.000) seguida de municípios pertencentes à Região Metropolitana. Apenas Petrópolis (18/100.000) e Campos dos Goytacazes (16/100.000) detêm altas taxas de mortalidade e não fazem parte da região Metropolitana. O padrão de distribuição da mortalidade se mantém estáveis ao longo do período analisado. O Estado do Rio de Janeiro está dividido em nove regiões pelo Plano Diretor de Regionalização, sendo o município do Rio de Janeiro o principal destino de referência para alta complexidade. A rede pública de assistência oncológica no estado do Rio de Janeiro é constituída de 25 unidades. Tais unidades apresentam grande variação em relação à quantidade e o tipo de procedimento executado. A maioria das unidades de alta complexidade (CACON's) concentram-se na região Metropolitana I (município do Rio de Janeiro) e apenas 2 localizam-se em outras regiões- um na Metropolitana II (Niterói) e outro na região Noroeste (Itaperuna). Existem somente três CACON fora da capital do estado (Metropolitana II, Norte e Noroeste), sendo apenas um público.

Ao analisar o fluxo do câncer de mama, observa-se um deslocamento de óbitos de todas as regiões do estado para o município do Rio de Janeiro. Tais fluxos partem principalmente da região Metropolitana II, da Baixada Litorânea e da região Centro-Sul. Destaca-se o fluxo de Queimados, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Duque de Caxias, Nilópolis, Magé e São Gonçalo para o município do Rio de Janeiro. Os maiores fluxos se voltam para municípios que possuem as unidades de alta complexidade.

Observou-se, de um modo geral, de um lado a manutenção de taxas elevadas e de outro o espalhamento deste padrão ao longo do período estudado. Tal distribuição reflete aspectos como a qualidade da assistência e o acesso aos serviços. O diagnóstico realizado em fase avançada parece representar o principal responsável pela distribuição da mortalidade e da sobrevivência (OLIVEIRA, 2004).

Apesar do Plano Diretor de Regionalização reiterar a importância da regionalização e descentralização dos serviços de saúde, a maior parcela das unidades de alta complexidade está localizada na região Metropolitana I, em particular no Rio de Janeiro, município que detém a maior capacidade instalada. O Rio de Janeiro é um município-capital, tendo assim a maior rede de bens e serviços, o que justifica em parte as pactuações estabelecidas através do Plano Diretor de Regionalização.

### CONCLUSÃO

A concentração de atendimentos e a escassez de centros de alta complexidade no estado favorecem que maiores distâncias sejam percorridas, resultando em um processo seletivo e pouco equânime. A aglutinação de serviços em um único município com base no Plano Diretor de Regionalização restringe a configuração da rede. (ANDRADE, 2008) Uma rede é formada por pontos e, principalmente por interconexões. Assim, municípios mais próximos são favorecidos por seus vizinhos que apresentam uma rede de saúde mais ampla em relação aqueles distantes do município-pólo.

Para que os serviços possam ser acessíveis a todos, o planejamento do setor saúde precisa

conhecer a sua distribuição e a de seus usuários nas várias escalas, da escala local à nacional. Assim, analisar o mapa a partir da origem e destino é útil na identificação dos pólos de atração, na regionalização do atendimento, na verificação das distâncias percorridas pela população na busca pela assistência, e dos volumes envolvidos neste deslocamento. Ao analisar a distribuição da mortalidade por câncer de mama com base no Plano Diretor de Regionalização, fica claro o papel desempenhado pelas relações de vizinhança. Neste sentido, o processo de regionalização deve considerar o papel dos fixos e dos fluxos. Verifica-se assim, a identificação do pólo de atração restrito a apenas um município e as longas distâncias percorridas pelas mulheres através de um processo de regionalização pouco equânime. As altas taxas de mortalidade no município do Rio de Janeiro e das regiões Metropolitana I e II são reflexos desta regionalização.

### REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA (Instituto Nacional do Câncer), Falando sobre Câncer de Mama. Rio de Janeiro:MS/INCA, 2002.
2. Travassos C, Viacava Francisco FC, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1):133-149.
3. Pinho VFS, Coutinho ESF. Risk Factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 351-60.
4. Borges MPC, Moraes RM. Análise Espacial de dados de Saúde Pública. Trabalho apresentado

no II Congresso Latino Americano de Ingeniería Biomédica, Habana, Cuba. Maio; 2001

5. Ouverney AM. Os desafios em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* 2008. 42: 12-22.
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20:190-98
7. Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde: Mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(2): 386-402.
8. Andrade LOM, Santos Lir. Redes interfederativas de saúde e o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate* 2008; 42: 27-34.

Recebido em: 12/08/2010

Aprovado em: 03/11/2010