EDMUR FLAVIO PASTORELO

FAC

Políticas de Saúde, Características do Atendimento e Mortalidade por Câncer: Estudo de Caso no Município de São Paulo

Tese Apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Epidemiologia, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública

Orientador: **Prof. Dr. Edmundo Juarez**

São Paulo - 1991

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Edmundo Juarez, amigo e orientador desta tese.

Ao Professor Dr. Ruy Laurenti e à equipe responsável pela pesquisa "Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Município de São Paulo com ênfase à mortalidade materna", fonte das informações deste trabalho.

Ao Professor Moacyr Lobo da Costa Júnior, pelo companheirismo e lealdade, sobretudo, durante o desenvolvimento desta tese.

RESUMO

O presente estudo pretende analisar as características e trajetórias de um grupo de mulheres falecidas de câncer e sua relação com a organização do sistema de saúde que as atendeu.

Como base empírica foi considerado um sub-grupo de 181 mulheres retirado da amostra de 953 mulheres incluídas na pesquisa : "Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos no Município de São Paulo - com ênfase à mortalidade materna".

Pelas informações obtidas com os atestados de óbito corrigidos, histórias familiares e histórias médicas, procurou-se reconstituir as trajetórias que conduziram ao óbito.

Nessas trajetórias buscou-se analisar o momento da entrada das pacientes no sistema de saúde, o número de consultas realizadas, o momento do diagnóstico e o início do tratamento, o tempo transcorrido entre esses momentos e o óbito e o tipo de estabelecimento de saúde utilizado ao longo do período.

A análise procurou relacionar esses aspectos com as localizações do câncer que constituíram a causa básica de óbito, bem como aprofundar o estudo no caso de câncer da mama e do câncer ginecológico. Essa comparação permite detectar eventuais diferenças devidas à existência de programas de diagnóstico precoce.

A análise se completa com a comparação de características sócio-econômicas do grupo de mulheres objeto de estudo, com a amostra total da pesquisa de referência.

Os resultados assim obtidos são cotejados com as modalidades de ação e organização do sistema de saúde a fim de se detectar fragilidades, deficiências ou obstáculos que se interpõe no sentido de garantir prontidão no atendimento, no diagnóstico e início do tratamento, assim como na extensão da sobrevida possível para essas enfermidades.

ABSTRACT

This study intends to analyse the characteristics and paths followed by a women group died by cancer and the relationships between these characteristics and the organization of the health system.

As empirical data it was used a group involving 181 women, part of a sample of 953 women aged 10 to 49 years, died in the city of São Paulo, between July 1st. and December 31th., 1986.

Using information gathered through corrected death certification, family histories and medical records, it was made an attempt to reconstruct the path followed since the diagnoses until death. In these paths, it was analysed the first care facility delivered, the number of medical attendance, the beginning of the treatment and the survival time.

It was made a separete analysis according the cancer localization, deapening in the cases of breast and gynaecological cancer. This type of analysis was made because the existence of special public programs for their prevention.

Finally, the analysis involve socio-economic characteristics of the women and treats some cases in a qualitative way in order to complete the intended reconstruction.

The results are interpreted according the characteristics, organization and functioning of the health system.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ANTECEDENTES DO ESTUDO	16
OBJETIVOS E APRESENTAÇÃO	20
PROCEDIMENTOS	24
CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDADO	34
RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
NOTAS.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ÍNDICE DE LEGISLAÇÃO.....	78
ANEXOS	82

INTRODUÇÃO

A preocupação com o controle do câncer, por parte das instituições oficiais de Saúde Pública, inicia-se no Brasil já nos anos vinte, com a criação, pela Reforma Carlos Chagas, do Departamento Nacional de Saúde, em 1921. (BRASIL, MES/DNS/SNC, 1946). Em seu Capítulo XII - Câncer, estavam contempladas providências que diziam respeito à: 1) necessidade de produção de estatísticas de óbitos mais adequadas; 2) gratuidade de exames de laboratório para fins de diagnóstico; 3) organização de campanha de propaganda contra o câncer; 4) fundação de institutos de câncer com fins terapêuticos e experimentais; 5) providências sanitárias necessárias nos domicílios onde houvesse caso ou óbito por câncer. (1)

Como se pode observar, os dispositivos relativos ao controle do câncer já contemplavam as necessidades de políticas específicas de saúde e o papel do Estado no sentido de controlar e/ou diminuir a incidência de uma moléstia que avançava no contexto das condições de saúde em nosso meio. Apenas a última das providências escapam de um leque que, até hoje persiste, com propostas distintas mas almejando fins semelhantes, como se verá a seguir. A última providência indicada prendia-se à concepção do câncer como doença transmissível.

Na verdade, pela análise do artigo 476, da referida Reforma, pode-se observar que as informações referentes aos casos de câncer deveriam ser controladas e coordenadas pela Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas. Além disso, o Departamento Nacional de Saúde Pública autorizava os interessados a empregarem medidas sanitárias nos domicílios onde ocorressem óbitos por câncer, confirmando a predominância, na época, de sua representação como doença transmissível.

Aliada a esses fatores, surgiu também, na Reforma Carlos Chagas, a preocupação com a educação da população para o combate ao câncer. O papel do indivíduo como agente responsável e capaz de evitar a doença era determinante, pois acreditava-se que, por meio de ações educativas, poder-se-ia reduzir a incidência das doenças transmissíveis.

Pode-se constatar, portanto, que o câncer já figurava como uma preocupação governamental relacionada à saúde pública, devendo-se também lembrar que muitas das iniciativas nesse campo partiram de esforços não-governamentais, como reflexo de um movimento filantrópico, igualmente existente com relação a outras doenças.

Assim é que, em 1929, foi inaugurado em São Paulo, o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, primeira instituição dedicada ao combate do câncer, financiada com o produto de

uma subscrição pública organizada pelos médicos Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor da Santa Casa de Misericórdia, que liderava, desde 1919, o movimento da luta contra o câncer em São Paulo, Oswaldo Portugal e Raphael Penteado de Barros.

No mesmo ano, Ugo Pinheiro Guimarães organizou a Liga Brasileira Contra o Câncer e passou a ministrar, na Universidade do Brasil, o primeiro curso de extensão universitária sobre cancerologia.

No Rio de Janeiro, o movimento contra o câncer era liderado por Mário Kroeff que, já em 1927, na Santa Casa de Misericórdia, no serviço do Professor Brandão Filho, iniciou as primeiras eletrocoagulações de tumores. Dois anos depois, defendeu a tese de livre docência intitulada "Diatermocoagulações no tratamento do Câncer".

Também em São Paulo, em 1936, foi instituída uma sociedade civil denominada Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC), cuja primeira Diretoria teve como Presidente o Professor Antonio Cândido de Camargo, como membro do Conselho Técnico, o Professor Antônio Prudente e como Vice-Presidente do Conselho Fiscal o Professor Celestino Bourroul. A APCC, em seus objetivos, somou-se a todas as demais entidades no esforço de divulgação para a comunidade dos "perigos" do câncer, no treinamento de recursos humanos

e no fortalecimento das unidades médico-assistenciais. Posteriormente, em 1973, a Associação Paulista de Combate ao Câncer foi transformada na Fundação Antonio Prudente. (SCHNEIDER, C.A.R.;1989).

Um ano depois da criação da APCC, Mário Kroeff, incansável defensor de uma política pública de combate ao câncer, conseguiu finalmente, pelo Decreto-lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937, do então Presidente Getúlio Vargas, a criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, embrião do atual Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde. Quando da inauguração do Centro de Cancerologia, Kroeff assim sintetizou os princípios de combate ao câncer:

"Já que se considera o câncer curável num bom terço dos casos, cumpre-nos obter e aumentar mesmo esta porcentagem clássica, se não for por meio de técnicas adequadas, seja então com tratamento precoce (...) cabe-nos, portanto à margem das atribuições relativas ao tratamento propriamente dito, também a obrigação de realizar a tarefa de propaganda e do ensino, como complemento da faina terapêutica (...) ensinar aos profissionais que manipulam com o organismo humano a pensar no câncer (dentista, parteiras, massagistas); educar o grande público por meio de conferências, publicações, lições pelo rádio..."(citado em HISTÓRIA E SAÚDE PÚBLICA, 1987; 39).

Ainda nesse período, com a estruturação definitiva do mencionado Departamento Nacional de Saúde, foi criado pelo Decreto-lei nº 3643, de 23 de setembro de 1941, o Serviço Nacional de Câncer, com poderes normativos em todo o território nacional.

O período compreendido entre o segundo pós-guerra e o final da década de 60 caracteriza-se por uma visão "romântica" das ações voltadas ao controle do câncer. No caso dessa enfermidade permanecia, como resquício da visão tradicional, uma postura de cunho nitidamente assistencialista; o médico era o ser poderoso, tendente às cirurgias ampliadas como recurso inevitável, e as grandes campanhas eram valorizadas, envolvendo a população numa visão de dependência de forças externas e poderosas, centradas no poder médico. Nessa imagem da medicina como sacerdócio cabiam as campanhas, a preparação de recursos humanos e a criação de instituições especializadas, mas não cabia o raciocínio econômico-financeiro. A medicina não era vista como atividade econômica e a saúde não era considerada como um investimento caro e submetida à lógica de custos e benefícios.

Confirmando as tendências já delineadas desde o início das atividades de controle do câncer no Brasil, este período caracteriza-se por ações agrupadas em tres vertentes, a saber : 1) incentivo à criação de institutos especializados para o tratamento da doença; 2) formação de recursos humanos especializados para o diagnóstico precoce e tratamento do câncer, centrada no profissional médico; 3) educação para a população com a produção e divulgação de material educativo realizado mediante as atuações de campanhas de combate ao câncer.

O período desenvolvimentista marcou o início de uma nova etapa na história da Saúde Pública no Brasil. Um dos acontecimentos mais marcantes na década de 50 foi, sem dúvida, a criação em 25 de julho de 1953, do Ministério da Saúde. No que se refere especificamente à questão do controle do câncer, inaugura-se, em 23 de agosto de 1957, o prédio do Instituto Nacional de Câncer (INCa), um dos mais bem aparelhados hospitais da América Latina.

Na década subsequente, um dos fatos mais importantes constituiu-se na criação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), pelo Decreto nº 61968, ancorado na Lei Orgânica das Campanhas de Saúde Pública de nº 5026, de 14 de junho de 1966. Desse modo, juridicamente institucionalizada, a Campanha tinha por objetivo "intensificar e coordenar em todo território nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção, diagnóstico precoce, assistência médica, formação de técnicos especializados, pesquisas, educação, ação social e recuperação relacionadas com as neoplasias malignas em todas as suas formas clínicas, com a finalidade de reduzir-lhes a incidência". (BRASIL, DO, 1967). Em suas metas para o ano de 1968 estavam presentes os ingredientes tradicionais dos objetivos institucionais anteriores, tais como o aspecto educativo, de formação de técnicos especializados, incentivo aos registros de câncer, etc.. Dois aspectos, no entanto, são inovadores; o primeiro diz respeito a reuniões periódicas com entidades públicas e

privadas de combate ao câncer, para fixação de diretrizes, ou seja, a constituição embrionária do Sistema Integrado de Controle do Câncer; o outro, de caráter financeiro, refere-se à necessidade de se angariar fundos para a viabilização das ações da Campanha.

Contrapondo-se a esses avanços, surgem forças antagônicas, reforçadoras de esquemas privatizantes, tais como o Plano Leonel Miranda, de 1967, denominado Plano Nacional de Saúde (BRASIL, MS, 1967), no contexto político pós-64, caracterizado por tentativas de transferências à iniciativa privada das responsabilidades gradualmente e dificilmente assumidas pelo poder público. Apesar de todas as reações contrárias, em 22 de maio de 1969, o então Ministro elabora um contrato de cessão do INCa à Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, pelo Decreto nº 773; posteriormente, esse Instituto é transferido para o Ministério da Educação e Cultura, onde permanece até 16 de novembro de 1971, quando retorna ao Ministério da Saúde.

O final dos anos 60, na verdade, coincide com o fim dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, centralizando-se todas as ações previdenciárias no recém criado Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Esse movimento de centralização, ademais, vai caracterizar a década de 70, tendo como proposta, por parte do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controle do Câncer - PNCC (1973) e, por

parte do INPS, o Programa de Controle do Câncer - PCC (1976). Os já anteriormente mencionados institutos especializados operavam, então, precariamente, na ausência de uma estrutura que lhes possibilitasse articular as ações e propósitos de controle da doença.

O Programa do Ministério da Saúde surge tendo como objetivo garantir recursos orçamentários e de outras fontes a fim de manter uma rede de instituições oficiais e privadas, coordenando todos os recursos existentes, ampliando a captação de novos recursos, estabelecendo prioridades de áreas de atuação, bem como de normas e procedimentos para controle das atividades administrativas, médico-assistenciais e epidemiológicas. O Programa propunha, ainda, a organização de um arquivo de dados estatísticos, formação e preparo de pessoal médico e não médico, e intensificação e orientação de linhas de pesquisas operacionais aplicadas e de desenvolvimento tecnológico. (BRASIL, MS, 1973).

Essa proposta representou uma nítida e centralizada tomada de posição do governo federal frente à questão do controle do câncer. Com recursos vultosos, inclusive provenientes de empréstimos externos, o Programa, que manteve-se até 1979, permitiu o estabelecimento de uma capacidade instalada no setor médico-hospitalar especializado, possibilitando também, uma assistência integral aos doentes, incluindo-se, aí, o atendimento aos indigentes. O Programa, no entanto,

falhou na dinâmica da administração hospitalar, na sistemática de repasses financeiros e de pagamentos, sem criar mecanismos mais eficientes de retorno do investimento realizado. Além disso, operando diretamente com as instituições especializadas, o Programa alijou as Secretarias Estaduais de Saúde, criando novas áreas de conflito.

Por outro lado, o Programa de Controle de Câncer do Ministério da Previdência atuou paralelamente, junto aos pacientes beneficiários do sistema previdenciário. (BRASIL, MPAS, 1976). Esse talvez tenha sido o primeiro Programa de alto custo assumido pela Previdência Social. Neste caso, porém, o enfraquecimento do seu alcance também esteve ligado à ausência de apoio institucional que garantisse a continuidade das ações.

O final da década coincide com o término de ambos os Programas, com o final do "milagre" econômico e o início de um período marcado por oscilações conjunturais, recessão e crise. No que tange ao PNCC, os recursos orçamentários especificamente a ele destinados no II PND (1975 - 1979) deixam de ser incorporados no III PND (1980 - 1984). Quanto à Previdência Social, a instituição sofre uma reestruturação, criando-se, pela Lei nº 6439 de 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e as autarquias: Instituto de Administração

Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O Ministério da Saúde, por sua vez, também passa, no final da década, por uma reestruturação interna, sendo extinta a Divisão Nacional de Câncer, sucedânea do Serviço Nacional de Câncer, e criada a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDGD), que incorpora, em suas atribuições, outros agravos à saúde.

A década de 80 inaugura-se, como já foi mencionado, sob a égide da crise financeira e da recessão. O quadro de saúde da população brasileira era grave, decorrente das implicações do crescimento demográfico aliado a modalidades sem precedentes de concentração de renda, tendência à deterioração do salário real e aumento das precariedades das condições de vida de amplos segmentos populacionais.

Nesse quadro geral de precariedades surge a necessidade de um novo modelo que organize os serviços de saúde de acordo com a complexidade da situação. Por iniciativa do Ministério da Saúde, cria-se a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) a qual, reunindo os Secretários Gerais da Saúde e da Previdência Social, e portanto, com maior poder de decisão do que a antiga Comissão Permanente de Consulta (CPC), buscava uma ação

conjunta e racionalizadora das ações de saúde de ambos os Ministérios.

No que se refere à política de controle do câncer, o enfrentamento do desafio assim equacionado deu-se por meio de três vertentes, propostas pelo Ministério da Saúde, a saber: 1) as já existentes DNDCC e a CNCC uniram esforços no sentido de, mediante um gerenciamento na forma de co-gestão institucionalizada pela CNCC, viabilizarem o INCa como cabeça de um sistema integrado de controle do câncer; 2) numa ação de cunho preventivo, a atuar junto às Secretarias Estaduais de Saúde via diagnóstico precoce do câncer da mama e do colo uterino, acoplada aos programas de saúde da mulher; 3) numa atuação junto à rede hospitalar especializada no sentido de descentralizar as ações e aumentar a cobertura médico-assistencial.

Essas três vertentes possibilitaram a organização de um Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), sob a égide do INCa, envolvendo instituições públicas e privadas especializadas no tratamento do câncer em nível estadual ou regional. Delegou-se aos Estados a incumbência das ações de diagnóstico precoce em nível de assistência primária à saúde. É importante ressaltar que a viabilização dessas propostas encontrou, no mecanismo da co-gestão, o elemento fundamental de seu sucesso. Constituindo-se um no elemento técnico (INCa) e outra no elemento político e catalizador de

recursos (CNCC), a fusão de ambas as instituições permitiram em um mesmo processo, a dinamização e fortalecimento de uma instituição de referência nacional, ao mesmo tempo, descentralizando as ações e envolvendo o poder público estadual e a rede hospitalar no Sistema Integrado, que anteriormente, não se havia logrado estruturar. (2)

Paralelamente a essas iniciativas do Ministério da Saúde, no mesmo contexto racionalizador de suas ações, e a fim de enfrentar as dificuldades financeiras por que passava o INAMPS, foi criado, em 2 de setembro de 1981, o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que, após um estudo da situação, propõe o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Nesse Plano verifica-se com clareza uma nova estratégia de assistência à saúde ancorada em princípios que, posteriormente, desembocariam nas Ações Integradas de Saúde (AIS), nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e nos dispositivos constitucionais criadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios básicos de tal Plano referem-se a: 1) prioridade às ações primárias de saúde, com ênfase na assistência ambulatorial, cujo funcionamento adequado representa a verdadeira porta de entrada do sistema; 2) integração das instituições mantidas pelos governos federal, estadual e municipal em um mesmo sistema, regionalizado e hierarquizado, incluindo a população rural; 3) administração descentralizada dos

recursos previstos; 4) reconhecimento da participação complementar da iniciativa privada (BRASIL, MPAS, 1983).

A essa altura, o mecanismo de co-gestão inaugurado pelo INCA já mostrava-se suficientemente bem sucedido para ser preconizado no Plano do CONASP, como mecanismo viabilizador das ações conjuntas entre os níveis federal, estadual e municipal das instituições de saúde. Além disso, o Sistema Integrado de Controle do Câncer, lançado em caráter pioneiro, também foi incorporado como modelo para o controle de outras moléstias de alto custo, como por exemplo, as cardiovasculares, as hemodiálises e transplantes renais, as afecções traumato-ortopédicas, etc.

A década de 80 encerra-se com o encaminhamento ao Congresso Nacional da Lei Orgânica de Saúde, sancionada em 19 de setembro de 1990 sob o nº 8080 e complementada pela Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Ainda na gestão do Presidente José Sarney e sob a administração do Ministro Seigo Tsuzuki, é transferido, mediante Decreto nº 99060 de 7 de março de 1990, o INAMPS para o Ministério da Saúde, completando, em nível jurídico-institucional, o processo de superação da antiga dicotomia medicina preventiva e medicina curativa.

Pela Lei Orgânica da Saúde, o modelo de organização dos serviços de saúde busca redimensionar, revalorizar e

ênfatizar a relação população-serviços. Essa nova relação, que se pretende alcançar, está alicerçada na característica de plena responsabilidade dos profissionais e serviços, sobre a população a seu cargo, e dos usuários de identificarem seus serviços de referência. Para tanto, o modelo tem como pressupostos básicos a vinculação da população aos serviços de saúde e a hierarquização da rede, com clara definição das portas de entrada no sistema de prestação de assistência à saúde.

Assim, torna-se bastante evidente a necessidade de se conhecer as condições efetivas de acesso da população aos serviços, aliás, o que constitui uma dimensão explícita nas disposições gerais expressas na citada Lei. Por essas disposições, ao Estado compete garantir a saúde mediante políticas que visem a redução de riscos de doença e estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços.

É propósito deste estudo analisar, mediante a utilização de dados de mortalidade, como e quais são as respostas oferecidas pelos serviços de saúde no controle do câncer. Pretende-se cotejar o estudo de situações limite (óbito) com as políticas e\ou programas específicos que possam descortinar a distância existente entre o contexto da política de saúde e as condições concretas que culminaram no desfecho morte.

Trata-se, na verdade, do aproveitamento de dados de mortalidade como fonte de conhecimento de situações limite, as quais, por isso mesmo, permitem, por informações familiares e histórias médicas, a reconstrução de situações concretas de atendimento. Pretende-se, por outro lado, poder assim oferecer sugestões que possam contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços no âmbito do SUS.

ANTECEDENTES DO ESTUDO

Em 1987 foi realizado, em São Paulo, o estudo intitulado "Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos no Município de São Paulo - com ênfase à mortalidade materna", patrocinado pela Organização Panamericana da Saúde.(3). Seguindo a metodologia e a experiência prévia de estudos similares, a equipe responsável teve por objetivo " conhecer a magnitude real da mortalidade por todas as causas para este grupo etário, com menção especial às mortes naturais; além disso foram estudados fatores que contribuíram para essas mortes" (CENTRO DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS, 1988; 3).

Para tanto foi estudada uma amostra de 50% das declarações de óbitos ocorridos no período de 1º de julho a 31 de dezembro de 1986 no Município de São Paulo, obtidas do sistema de estatísticas vitais do Estado de São Paulo, recolhidas, processadas, analisadas e divulgadas pela Diretoria Adjunta de Estudos Populacionais da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (FSEADE). Foram sorteados 1023 casos, dos quais, posteriormente, eliminou-se 70 casos (6,84%) pelos seguintes motivos: 1) 50 casos de não residentes no Município de São Paulo; 2) 12 casos em que o óbito ocorreu fora do período de estudo (portanto antes de 1º de julho de 1986); 3) 5 casos em que o óbito

ocorreu fora do grupo etário contemplado (10 a 49 anos); 4) 3 casos de óbitos do sexo masculino com nomes comuns a nomes femininos.

Os resultados da pesquisa, portanto, referem-se a 953 casos de mortes de mulheres de 10 a 49 anos, correspondentes a 50% das mortes do semestre e a 25% daquelas ocorridas no ano de 1986. Para cada caso de mulher falecida, a partir da declaração de óbito sorteada, foi aplicado um questionário aos familiares, e obtidas informações complementares dos serviços ambulatoriais e hospitalares utilizados, agregando-se ainda dados de exames subsidiários e de necrópsia, quando disponíveis. Por esse procedimento, foram realizadas 881 entrevistas domiciliares completas e 13 incompletas, bem como 871 entrevistas médicas. Do total dos casos, 233 tinham necrópsias feitas pelo Serviço de Verificação de Óbitos, 181 por legistas e 38 por outros patologistas, num total de 47,4% dos óbitos.

Pelo instrumento de coleta de dados utilizado, foram estudadas as seguintes variáveis:

1) Relativas ao óbito

- a) mês de ocorrência
- b) local de ocorrência
- c) causas básicas e associadas, com declaração de óbitos refeita mediante informações suplementares da pesquisa (atestado "refeito")

- d) realização de necrópsia
- 2) Variáveis sócio-demográficas
 - a) idade
 - b) sexo
 - c) estado civil (atestado "original")
 - d) estado marital (atestado "refeito")
 - e) naturalidade
 - f) escolaridade
 - g) ocupação e ramo de atividade da falecida
 - h) posição da falecida na composição familiar
 - i) seguro social da falecida
- 3) Variáveis relativas à família
 - a) escolaridade do responsável pela família
 - b) ocupação do responsável pela família
 - c) Ramo de atividade do responsável pela família
 - d) condição do responsável pela família quanto à ocupação
 - e) composição familiar

Além dessas variáveis, foram obtidas informações referentes ao uso de álcool, uso de fumo e à história gestacional da falecida, as quais, entretanto, foram descartadas do presente estudo, em função dos objetivos específicos aos quais este se propõe. É de interesse, no entanto, e como veremos a seguir, considerar informações obtidas junto à família a respeito da assistência médica dispensada ao evento que levou ao óbito.

Uma pesquisa de tal envergadura possibilita, sem dúvida, um leque diversificado de análises a respeito dos vários aspectos que envolvem o processo de enfermidade e morte de um segmento populacional específico, como é o de mulheres do grupo etário considerado. Entre outros estudos e análises provenientes dessa pesquisa, tornou-se de interesse a utilização do material recolhido para o tema aqui proposto. Na verdade o aproveitamento do sub-grupo de mulheres falecidas, tendo como causa básica o câncer, e as informações a respeito da trajetória percorrida desde o momento do diagnóstico até o desfecho óbito, permitem a reconstrução, objeto do presente estudo, das condições que cercam o processo de morbidade-morte com as características específicas dessa causa, a serem cotejadas com o acesso, atendimento e sobrevida das mulheres envolvidas no estudo, reflexo do sistema de saúde em operação no Município de São Paulo.

OBJETIVOS E APRESENTAÇÃO

Como foi indicado anteriormente, o objetivo do presente estudo consiste no cotejamento entre as condições concretas de acesso, tratamento e trajetória de uma amostra de mulheres de 10 a 49 anos, acometidas por câncer, e o sistema de saúde, suas características, possibilidades, tempo e acessibilidade no contexto de uma política de saúde descentralizada e que se pretende universal e igualitária. Em outras palavras, trata-se de uma reflexão acerca da relação entre políticas, instituições e ações, de um lado, e condições de saúde da população de outro.

A importância do estudo da mortalidade por câncer é evidente por si mesma. Sua incidência crescente, os avanços nas modalidades de tratamento, as possibilidades concretas de prevenção e o aumento da sobrevida justificam amplamente o aprofundamento da análise dessa causa de morte; considerando-se, além disso, que o material empírico aqui tratado refere-se a uma população feminina cujos limites de idade tornam o óbito um fenômeno precoce e, como meta, evitável, pretende-se detectar os procedimentos e aspectos que, se alterados, poderiam ter impedido a manifestação da moléstia, ou, se diagnosticados precocemente, curado ou dilatado a sobrevida possível.

Nesse sentido, e como também já foi referido anteriormente, ainda que a pesquisa mencionada não fosse delineada para o estudo específico do câncer, seus resultados prestam-se aos objetivos propostos, na medida em que evidenciam trajetórias completas no sentido do desfecho que toda política de saúde pretende evitar. Os atestados de óbito corrigidos mediante informações adicionais, juntamente com as informações advindas das entrevistas domiciliares e entrevistas médicas, constituem um material rico a ser explorado em várias discussões que se pretende cobrir nesse estudo.

Resumidamente, as linhas de reflexão que conduziram à análise podem ser colocadas, em termos de objetivos, da seguinte forma:

Objetivo geral: relacionar o sistema de saúde, suas instituições, programas e linhas de atuação, com o acesso, tratamento e trajetória de um grupo de mulheres de 10 a 49 anos, acometidas por câncer e que vieram a falecer no Município de São Paulo no 2º semestre de 1986.

Objetivos específicos:

1. Caracterização dos momentos significativos da trajetória entre a manifestação dos sintomas (entrada no sistema de saúde) e o desfecho morte. Esses momentos indicam a

distância temporal entre consulta(s), diagnóstico, tratamento e sobrevida.

2. Analisar a adequação entre tipo de estabelecimento (em termos de possibilidade de tratamento), trajetória e desfecho.

3. Analisar, separadamente, a trajetória ocorrida nos casos específicos de morte por câncer da mama e ginecológico, dada a existência de programas oficiais específicos para sua prevenção e tratamento precoce.

4. Analisar, pelas variáveis incluídas na entrevista familiar, as condições de vida da falecida, a fim de se detectar eventuais diferenciais sócio-econômicos entre estas mulheres e o total de mulheres da amostra.

5. Apresentar considerações, sugestões e/ou propostas que possam contribuir para a melhoria do sistema e as condições de saúde e sobrevida da população.

Não se pretende, mesmo por que os dados não permitem, elaborar uma avaliação da qualidade do tratamento dispensado às mulheres falecidas. Acredita-se que a reconstrução das trajetórias já represente um avanço no conhecimento das facilidades, dificuldades ou obstáculos que se interponham no sentido de evitar a morte ou postergar a vida de um grupo

populacional no qual se pretende diminuir o risco e melhorar as condições de saúde. Assim, os dados de mortalidade utilizados como fonte de informação evidenciam uma possibilidade rica de análise, na medida em que permitem um estudo dinâmico da trajetória percorrida e não apenas os cortes transversais, mais comumente utilizados, expressos em termos de percentagem, coeficientes ou mortalidade proporcional.

Finalmente, o procedimento adotado nesse estudo não comporta a formulação mais rígida de elaboração de hipóteses de trabalho. As relações, vínculos e articulações a serem estabelecidos, conformam mais o estilo de reconstrução dinâmica de uma situação concreta do que o estilo causa-efeito característico de outros estudos. Sem dúvida, a comparação possível com outros dados e com estatísticas de outras situações podem auxiliar no conjunto da análise e contextualizar a situação estudada no tempo e no espaço. Há que se ressaltar, porém, que pelo pouco que se conhece a respeito do tema, assim como proposto, justifica-se o caráter exploratório e compreensivo que caracteriza o presente trabalho.

PROCEDIMENTOS

O presente estudo tem como referencial empírico uma amostra de 50% das mulheres entre 10 e 49 anos, residentes no Município de São Paulo, falecidas por neoplasma maligno no 2^o semestre de 1986. Foram inicialmente considerados 168 casos, os quais, após a correção das estatísticas oficiais feita mediante a comparação entre atestados de óbito "original" e "refeito", os óbitos por essa causa passaram para 181 casos. Nessa correção ocorreram:

1. Uma exclusão, ou seja, um caso que no atestado original constava câncer (193.0 da CID-9) e após a correção passou a ser de "não câncer" (245.9 da CID-9);

2. Quatorze inclusões, ou seja, 14 casos com causa básica no atestado original "não câncer" foram, após a correção, codificados como câncer. Geralmente causas terminais como caquexia (799.4) corrigida para leucemia do tipo celular não especificado (208.9); insuficiência vascular aguda do intestino (557.0) para câncer do estômago não especificado (151.9), etc.

3. Vinte e três alterações dentro do próprio Capítulo Câncer (104-208) com maior especificação da causa básica; por exemplo, passagem de neoplasma maligno do útero, porção não especificada (179), para neoplasma maligno do colo do útero não especificado (180.9); neoplasma maligno da mama feminina, não especificado (174.9), para neoplasma maligno do mamilo e da auréola da mama feminina (174.0).

Esse procedimento, em si, já constitui uma contribuição para a melhoria do preenchimento e codificação dos atestados de óbito, pois é de se supor que, esse tipo de equívoco, reproduz-se e acumula-se nos totais das estatísticas de mortalidade.

A Tabela 1, a seguir, apresenta a distribuição das causas de morte registradas nos atestados de óbito oficiais e nos atestados refeitos. Como se pode observar, mesmo depois das correções efetuadas, os neoplasmas malignos mantêm-se em segundo lugar, sendo superados apenas pelas doenças do aparelho circulatório (255 casos), e situando-se acima da mortalidade por causas externas (171 casos).

TABELA 1 - Causas de morte (capítulos da CID-9) segundo os atestados de óbito original e refeito.

GRUPO DE CAUSAS	ATEST. ORIG. ordem	ATESTADO ordem	REFEITO no. de óbitos
Doenças do ap. circulatório	1	1	225
Neoplasmas malignos	2	2	181
Causas externas	3	3	171
Doenças infecciosas e parasitárias (1)	5	4	58
Complicações da gravidez, parto e puerpério	8	5	56
Doenças do ap. respiratório	4	6	55
Doenças do ap. digestivo	6	7	50
Doenças do sistema nervoso	8	8	36
Doenças endócrinas, nutrição e sist. imunitário (exclusive AIDS)	8	9	25
Doenças do ap. geniturinário	7	10	23
Sinais e sintomas mal definidos	8	11	22

(1) Incluindo AIDS

Fonte: CENTRO DA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUES, 1988

Dos 181 casos que finalmente passaram a ser considerados para estudo, nem todos continham o total das informações: história familiar e história médica de acordo com a distribuição apresentada na Tabela 2.

TABELA 2 - Distribuição dos casos, em estudo
segundo o tipo de informação disponível

História Familiar	História Médica		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	99 (54,7%)	70 (38,7%)	169 (93,4%)
NÃO	2 (1,1%)	10 (5,5%)	12 (6,6%)
TOTAL	101 (55,8%)	80 (44,2%)	181 (100,0%)

Na análise das trajetórias, portanto, foram excluídos os casos em que não se dispunha nem da história familiar, nem da história médica, restando um total de 171 casos.

A análise subsequente centrou-se na recomposição das trajetórias das falecidas, buscando-se detectar o momento da entrada no sistema, o momento do diagnóstico e tratamento e, finalmente, o tempo transcorrido entre esses momentos e o óbito. Para tanto alguns procedimentos foram adotados.

Em primeiro lugar procedeu-se a um agrupamento das causas básicas de morte dos atestados de óbito refeitos, tendo como critério de agrupamento a semelhança da doença frente ao

tipo de assistência prestada em termos de diagnóstico e tratamento, bem como frente a existência de programas específicos, no caso do cancer da mama e do cancer ginecológico. A Tabela 3 a seguir, apresenta o agrupamento resultante.

Tabela 3 - Agrupamentos dos códigos CID-9 (*) referidos como causa básica de óbito nos atestados refeitos.

Neoplasmas Malignos	Códigos CID-9 ocorridos
Língua	141.0 ; 141.8
Estômago	151.9
Cólon e Intestino SOE	153.0-3-8-9 ; 159.0
Reto	154.1
Outras Localizações dos Órgãos Digestivos e Peritônio	156.0-1 ; 157.9 ; 158.0
Bronquios e Pulmão	162.9
Outras Localizações dos Órgãos Respiratórios e Intratorácicos	162.0 ; 163.9 ; 164.9
Ossos, Cartilagens Articulares	170.3-7-9
Melanoma da Pele	172.9
Mama	174.0-9
Colo do Utero	180.9
Ovário	183.0
Outras Localizações dos Órgãos Genitais	179 ; 181 ; 182.0 ; 184.9
Rim, exceto pelve renal	189.0
Encéfalo, Sistema Nervoso SOE	191.0-9 ; 192.2
Glandula Supra-renal	194.0
Doença de Hodgkin	201.7-9
Outros Linfomas	200.8 ; 202.3-8
Mieloma Múltiplo	203.0
Leucemia Linfóide	204.0
Leucemia Mielóide	205.0-1
Outras Leucemias	208.0-9
Localizações Mal Definidas e Não Especificadas	195.0-2 ; 199.0-1

(*) CENTRO DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS, 1985.

Outro procedimento adotado a fim de reconstituir a trajetória percorrida pelas mulheres falecidas foi a classificação dos estabelecimentos de saúde, mencionados nos questionários, para se conhecer o diagnóstico e tratamento dispensados. Essa classificação foi feita a partir do Cadastro de Hospitais, datado de 22 de agosto de 1990, existente no Centro de Informações de Saúde (CIS) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Esse Cadastro contém a distribuição de hospitais por Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS) e serviços oferecidos. A partir daí os estabelecimentos foram agrupados de acordo com os serviços de atendimento com níveis de complexidade necessários ao tratamento do câncer, como, por exemplo, cirurgias complexas, radioterapia, quimioterapia, seguimento ambulatorial, etc.. Para a obtenção de informações sobre os serviços de radioterapia recorreu-se ao cadastro existente na Secretaria de Saúde de São Paulo, denominado: Radioterapia - Sistema de Proteção Radiológica e Equipamentos; nesse cadastro estão identificadas as entidades e os equipamentos geradores de radiação ionizante existentes até 1986.

Estão incluídos na chamada categoria "A" os grandes hospitais e os hospitais especializados em câncer (Hospital ACCamargo, Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho e Instituto Brasileiro de Controle do Câncer).

Foram incluídos na categoria "B" os hospitais cujos serviços de oncologia realizam apenas cirurgia ou quimioterapia; estão nessa categoria os hospitais gerais não especializados e as maternidades.

Na categoria "C" foram incluídos os hospitais que não possuem nenhum serviço especializado em patologias neoplásicas; estão nessa categoria os hospitais gerais e os assim chamados de segunda linha ou de retaguarda.

Foram considerados separadamente, ainda, os Hospitais Universitários (I) pelas suas características de recebimento de pacientes de maior complexidade (Hospital das Clínicas da FMUSP, Hospital São Paulo da EPM e Santa Casa de Misericórdia de São Paulo).

A classificação "Ambulatório" (D) inclui tanto os Centros de Saúde, como os ambulatórios do INAMPS, os de Medicina de Grupo e as Clínicas Homeopáticas.

A classificação se completa com a inclusão dos Pronto-Socorros (E) e dos Consultórios Médicos Particulares (F); estes últimos somente estão incluídos nas tabelas referentes às trajetórias, apresentadas nos Resultados e Comentários. O resultado dessa classificação é apresentado na Tabela 4, onde estão listados os estabelecimentos registrados na pesquisa.

Tabela 4 Classificação dos Estabelecimentos de Saúde

Hospitais A e B Universitários	Hospitais C	Ambulatorios / Centros de Saúde Convenios Clinicas Homeopaticas (D)	Pronto Socorro (E)
H AC CAMARGO	CLINICA DE REPOUSO CASABLANCA	AMBULATORIO CONVENIO METROPOLE	PS BARRA FUNDA
H SAO PAULO EFM	H AMICO	AMBULATORIO CONVENIO NACIONAL SAUDE	PS CS ATAUALPA
HC FMUSP	H ANCHIETA	AMBULATORIO DA INTERCLINICAS	PS H SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL
SANTA CASA SP	H BARTIRA	AMBULATORIO DA RHODIA	PS HELIOFOLIS
H ALBERT EINSTEIN	H BRAS	AMBULATORIO DE CONVENIO	PS HM TATUAFE
H BENEFICIENCIA PORTUGUESA SP	H BRASIL GUARULHOS	AMBULATORIO DO INAMPS	PS JABAQUARA
H INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER	H CARLOS CHAGAS	AMBULATORIO DO INAMPS DE SANTO AMARO	PS JARDIM FLORES
H MATERNIDADE SANTANA	H CASTELO BRANCO	AMBULATORIO DO INAMPS GLICERIO	PS LAPA
H MEMORIAL SLOAN KATHERING NY-USA	H CENTRAL DE SAO CAETANO	AMBULATORIO DO INAMPS SANTO ANTONIO	PS PIRITUBA
H NOVE DE JULHO	H CRISTO REI	AMBULATORIO SACI	PS SANTANA
H ONCOLOGIA INAMPS RJ	H DA PENHA	AMBULATORIO SEHEGUE RJ	PS SANTO AMARO
H OSWALDO CRUZ	H DARCI VARGAS	AMBULATORIO SESI	PS SAO MIGUEL PAULISTA
H SAMARITANO	H EMILIO RIBAS	CS CIDADE TIRADENTES	PS TUCURUVI
H SANTA CATARINA	H EVALDO FOZ	CS JABAQUARA	PS VILA CARRAO
H SANTA CRUZ	H FLEHING	CS JARDIM MARILIA	PS VILA PRUDENTE
H SANTA RITA	H JOAO XXIII	CS PENHA	
H SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL	H LEAO XIII	CS SAO MATEUS	
H SIRIO LIBANES	H MATER DEI	INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA	
H UMBERTO PRIMO	H MATERNIDADE CASA VERDE	MEDICO DE CONVENIO	
CASA MATERNAL LEONOR MENDES DE BARROS	H MATERNIDADE VILA CARRAO	MEDICO DO SERVICO	
H ALVORADA	H METROPOLE	CLINICA HOMEOPATICA	
H AMPARO MATERNAL	H MODERNO	CLINICA TOBIAS	
H BANDEIRANTES	H MONTE ARARAT		
H BENEFICIENCIA PORTUGUESA SAO CAETANO	H NS ABADIA		
H BRIGADEIRO	H NS CONCEICAO		
H CRUZ AZUL	H OSASCO		
H GASTROCLINICA SP	H PEDRO II		
H HELIOFOLIS	H PEREIRA BARRETO		
H IGUATEMI	H PIRATINGA		
H IPIRANGA	H REGIONAL CAJEIRAS		
H MATERNIDADE SAO PAULO	H ROCHA POMBO		
H MODELO	H SANTA ADELAIDE		
H NS LOURDES	H SANTA CLARA		
H PRESIDENTE	H SANTA ISABEL CANTAREIRA		
H SANTA MARCELINA	H SANTA JOANA		
H SAO LUCAS	H SANTA MARTA		
H SAO LUIS	H SANTA ROSA DE LIHA		
H SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL	H SANTA TEREZINHA		
HM TATUAFE	H SANTA VERONICA		
INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA SP	H SANTO ANDRE		
INSTITUTO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO	H SANTO ANTONIO		
	H SAO BERNARDO		
	H SAO CAMILO		
	H SAO CONRADO		
	H SAO CRISTOVAO		
	H SAO JORGE		
	H SOROCABANDOS		
	H TIRADENTES		
	H VILA MARIA		
	H VILA MATILDE		
	H VILA PRUDENTE		
	H ZONA LESTE		
	H ZONA SUL		
	HM INACIO PROENCA DE GOUVEA		
	HM ITAQUERA		
	HM JABAQUARA		
	HM PIRITUBA		
	HM TIDE SETURAL		
	MATERNIDADE PAES DE BARROS		

Por outro lado, as trajetórias e características que conduziram ao desfecho morte, foram elaboradas com a utilização do conceito de "sobrevida", entendido este como o tempo transcorrido entre a primeira consulta, relatada pela família, relacionada com a sintomatologia da doença, até a data do óbito.

Finalmente, resta lembrar aqui que as informações foram obtidas pelas respostas dos familiares da falecida, complementadas pelas histórias médicas. Por isso na ausência de informação sobre os dias das consultas, aproximou-se para o dia 15 do mês respectivo, e na ausência de informação sobre o mês, aproximou-se para 1º de julho.

A análise a ser apresentada a seguir foi dividida em três partes, a saber :

1. Análise das características socio-econômicas do sub-grupo considerado.

2. Análise para o total de casos de neoplasmas malignos.

Nesta parte procurou-se analisar o momento da entrada da paciente no sistema (consulta) e a utilização do sistema (número de consultas e tipo de estabelecimento); momento do diagnóstico, e o tempo transcorrido entre o diagnóstico, tratamento e óbito;

finalmente procurou-se verificar a relação entre tipo de estabelecimento e sobrevida.

3. Análise específica dos casos de morte por câncer da mama e câncer ginecológico.

CARACTERÍSTICAS DO GRUPO ESTUDADO

De acordo com os propósitos do presente estudo, considerou-se, a partir da amostra dos óbitos analisada na pesquisa sobre mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no Município de São Paulo, os casos de óbitos por neoplasmas malignos, os quais somaram, inicialmente 168 óbitos (17,6%) do total de 953 óbitos incluídos naquela pesquisa, os quais, depois de corrigidos, passaram a 181 (19,0%).

A Tabela 5, a seguir, apresenta a distribuição etária da população feminina (projetada) de 10 a 49 anos residente no Município de São Paulo em 1986, bem como a distribuição etária dos óbitos coletados na pesquisa já referida, a distribuição etária dos óbitos por neoplasmas malignos, e, finalmente, a distribuição etária dos óbitos por todas as causas e neoplasmas malignos obtidos das estatísticas oficiais de mortalidade referentes ao ano de 1986. Algumas considerações são suscitadas pelos dados apresentados nessa tabela; em primeiro lugar, a distribuição etária dos óbitos comparando-se a obtida através da amostra e as estatísticas oficiais, respaldam completamente a compatibilidade e representatividade amostral. De fato, em ambos os casos (óbitos por todas as causas e óbitos por neoplasmas malignos) observa-se uma grande semelhança entre as distribuições em números absolutos e percentuais das duas fontes de informação.

Tabela 5 - Distribuição etária, idade ao morrer de
mulheres de 10 a 49 anos residentes
no Município de São Paulo, 1986

Óbitos da Pesquisa											Total dos	
(2)											Óbitos (4)	
Grupos etários	População projetada		Total dos Óbitos da amostra				Total dos Óbitos da população		Total dos Óbitos por neoplasmas malignos			
	(1)											
(3)											na popul.	
Absoluto		%	Abs	%	Abs	%	Abs.	%	Abs	%		
10-14	446188	13,44	34	3,57	4	2,21	69	3,32	9	2,52		
15-19	418018	12,60	58	6,09	3	1,66	143	6,68	8	2,24		
20-24	494076	14,89	89	9,34	4	2,21	190	9,15	13	3,65		
25-29	548832	16,54	97	10,18	13	7.18	223	10.73	27	7.56		
30-34	497066	14,98	117	12,28	18	9,94	279	13,43	40	11,20		
35-39	383606	11,56	156	16,37	34	18,78	321	15,44	65	18,21		
40-44	284082	8,56	172	18,05	49	27,08	373	17,95	88	24,65		
45-49	246636	7,43	230	24,13	56	30,94	480	23,10	107	29,97		
TOTAL	3318567	100,0	953	100,0	181	100,0	2078	100,0	357	100,0		

(1) Fundação SEADE

(2) Dados da Pesquisa "Mortalidade de Mulheres", 1988

(3) Total de óbitos corrigidos por neoplasmas malignos

(4) Estatísticas de óbito para o 2o. semestre de 1986.

Fundação SEADE

Em segundo lugar, é evidente, como seria de se esperar, um aumento de mortalidade com o aumento da idade; no entanto, é de se notar que essa associação se processa gradativamente, no caso do total dos óbitos enquanto que, no caso dos óbitos por neoplasmas malignos, é bastante baixa a ocorrência do evento nos primeiros grupos etários considerados, aumentando intensamente a partir dos 25 anos de idade da mulher.

Na Tabela 6, essa constatação é mais evidente, acrescentando-se as localizações dos neoplasmas malignos agrupados e distribuídos pelos grupos etários das mulheres falecidas. No total de 181 casos considerados, apenas 11 (6,1%) ocorrem antes dos 25 anos de idade. Ademais, não se verifica neoplasias malignas da mama e do colo uterino nos grupos etários mais jovens. Por outro lado, o conjunto de mulheres falecidas concentra-se, em grande medida, no grupo de mortalidade por câncer da mama (32,6%) seguido do câncer dos órgãos genitais (22,7%). É de se ressaltar que, justamente os tipos de câncer que, em princípio, seriam mais evitáveis pela existência de programas específicos e de maior possibilidade de controle e diagnóstico precoce, são os que aparecem em destaque, representando mais da metade dos óbitos.

Tabela 6 - Distribuição dos neoplasmas malignos agrupados segundo grupos etários

	10	15	20	25	30	35	40	45	TOT
	a	a	a	a	a	a	a	a	
	14	19	24	29	34	39	44	49	
Neoplasmas malignos									
Lábio, Boca e Faringe								2	2
Língua								2	2
Orgãos digestivos e Peritônio				3	5	5	6	6	25
Estômago				2		1	1	2	6
Colon e Intestino SOE				1	2	2		1	6
Reto					2	1	1		4
Outras Localizações					1	1	4	3	9
Orgãos respirat. e Intratorác.					2	1	1	5	10
Bronquios e Pulmão					1	1	1	2	5
Outras Localizações					1		1	3	5
Ossos, Cartilagens Articulares	1	2	1						4
Melanoma da Pele								1	1
Mama					2	11	23	23	59
Orgãos genitais			1	5	5	9	9	12	41
Colo do útero				1	3	5	8	4	21
Ovário			1	2		3		3	9
Outras localizações				2	2	1	1	5	11
Rim, exceto pelve renal						1			1
Encéfalo e Sistema Nervoso SOE				1		2	1	1	5
Glândula Supra-renal							1		1
Linfomas			2	1	1		4	2	10
Doença de Hodgkin			1		1		2		4
Outros Linfomas			1	1			2	2	6
Mieloma Múltiplo								1	1
Leucemias	3	1		3	1	2	2	1	13
Linfóide	2				1				3
Mieloide	1	1		3		1	2		8
Outras						1		1	2
Localiz. Mal Def., Não Especif.					2	3	1	2	8
TOTAL	04	03	04	13	18	34	49	56	181

Finalmente, a Tabela 7 apresenta a distribuição dos casos de câncer ginecológico segundo suas localizações, dos quais mais da metade (51,2%) são localizados no colo do útero.

Tabela 7 - Distribuição dos casos de câncer ginecológico segundo a sua localização

Localizações	Código CID (*)	Número	%
Neoplasma maligno do útero, porção não especificada	179	8	19,5
Neoplasma maligno do colo do útero, não especificado	180.8	21	51,2
Neoplasma maligno da placenta	181	1	2,4
Neoplasma maligno do corpo do útero, exceto o istmo	182.0	1	2.4
Neoplasma maligno do ovário	183.0	9	22,0
Neoplasma maligno de órgão genital feminino, localização não especif.	184.9	1	2,4
TOTAL	179 a 184	41	100,0

(*) CENTRO DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS, 1985.

Não constitui objetivo deste trabalho proceder a uma análise pormenorizada das condições de vida das mulheres que vieram a falecer em 1986 por neoplasmas malignos. Para o conjunto da amostra foi elaborada uma caracterização sócio-econômica indicando que as desigualdades acentuadas, presentes no contexto social onde a população feminina de 10 a 49 anos vive, estão também presentes nas diferenciações encontradas na amostra estudada, de acordo com vários indicadores (CENTRO BRASILEIRO DA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS, 1988).

No caso da sub-amostra de mulheres falecidas por câncer, contudo, há indicações de algumas diferenças quando comparada com a amostra total. Em primeiro lugar, a distribuição etária distinta implica em maior proporção de mulheres casadas: 61,9% no caso de câncer contra 47,3% no total da amostra. Em relação à classificação de acordo com categorias sócio-ocupacionais (tanto da falecida como do responsável pela família), os dados indicam uma distribuição mais favorável ao grupo de mulheres falecidas em consequência de neoplasmas malignos. Assim, pode ser observada na Tabela 8, referida à amostra total e ao sub-grupo objeto desse estudo, uma porcentagem maior de pessoas em ocupações supostamente indicadoras de melhores condições de vida, como profissionais liberais e o conjunto de ocupações não manuais; em contrapartida, o percentual de ocupações não especializadas, é maior no caso da amostra

total, tanto para as mulheres falecidas como no caso do responsável pela família.

Tabela 8 - Número e percentagem de mulheres de 10 e 49 anos segundo categoria sócio-ocupacional da falecida e do responsável pela família - MSP - 1986

Categorias sócio- ocupacionais	Amostra				Sub-amostra			
	Falecida		Responsável		Falecida		Responsável	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
(1)	444	46,6	32	3,3	79	43,6	8	4,4
(2)	223	23,4	198	20,7	37	20,4	25	13,8
(3)	109	11,4	400	42,0	23	12,7	76	42,0
(4)	84	8,8	122	12,8	23	12,7	34	18,8
(5)	17	1,8	43	4,5	9	5,0	20	11,0
(6)	76	8,0	160	16,7	10	5,5	18	9,9
TOTAL	953	100,0	953	100,0	181	100,0	181	100,0

- obs. (1) sem ocupação/aposentado
 (2) ocupações manuais não especializadas
 (3) ocupações manuais especializadas/supervisão de trabalho manual
 (4) ocupações não manuais de rotina/posições mais baixas de supervisão ou inspeção de ocupações não manuais/pequenos proprietários
 (5) profissionais liberais/cargos de gerencia ou direção/cargos políticos e administrativos/médios e grandes proprietários.
 (6) ignorado

Quando se observa a distribuição de mulheres e dos responsáveis pela família segundo o grau de escolaridade (Tabela 9), as mesmas observações são pertinentes; os níveis mais elevados de escolaridade apresentam uma percentagem um pouco mais alta no caso de mulheres falecidas por câncer e mais reduzida nos casos de níveis de escolaridade mais baixa, o mesmo sendo observado para os responsáveis pela família.

Tabela 9 - Número e percentagem de mulheres de 10 e 49 anos segundo o grau de escolaridade da falecida e do responsável pela família - MSP - 1986

Grau de escolaridade	Amostra				Sub-amostra			
	Falecida		Responsável		Falecida		Responsável	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
(1)	132	13,9	98	10,3	21	11,6	14	7,7
(2) (*)	232	24,3	230	24,2	43	23,8	40	22,1
(3)	266	28,0	273	28,6	51	28,2	45	24,9
(4) (**)	68	7,1	65	6,8	17	9,4	22	12,2
(5)	65	6,8	64	6,7	13	7,2	15	8,3
(6)	40	4,2	55	5,8	16	8,8	23	12,7
(7)	150	15,7	168	17,6	20	11,0	22	12,2
TOTAL	953	100,0	953	100,0	181	100,0	181	100,0

- obs. (1) analfabeta
 (2) até a 3a. série do 1o. grau
 (3) até a 7a. série do 1o. grau
 (4) até a 2a. série do 2o. grau
 (5) 2o. grau completo e superior incompleto
 (6) superior completo
 (7) ignorado
 (*) estão incluídas as mulheres com primário completo
 (**) estão incluídas as mulheres com ginásial completo

Finalmente, os dados da Tabela 10 sugerem também diferenciações internas à sub-amostra de mulheres falecidas por câncer; pode-se observar que o nível de escolaridade das mulheres falecidas por câncer da mama é mais alto do que a das falecidas por câncer ginecológico.

Tabela 10 - Número e percentagem de mulheres de 10 e 49 anos falecidas de câncer, segundo o grau de escolaridade e a localização do tumor, MSP - 1986

Grau de escolaridade	Amostra				Sub-amostra	
	Mama		Ginecológico		Total de casos	
	No.	%	No.	%	No.	%
(1)	4	6,9	5	12,2	21	11,6
(2) (*)	6	10,2	14	34,1	43	23,8
(3)	19	32,2	9	22,0	51	28,2
(4) (**)	8	13,5	1	2,4	17	9,4
(5)	8	13,5	2	4,9	13	7,2
(6)	8	13,5	3	7,3	16	8,8
(7)	6	10,2	7	17,1	20	11,0
TOTAL	89	100,0	41	100,0	181	100,0

obs. (1) analfabeta
 (2) até a 3a. série do 1o. grau
 (3) até a 7a. série do 1o. grau
 (4) até a 2a. série do 2o. grau
 (5) 2o. grau completo e superior incompleto
 (6) superior completo
 (7) ignorado
 (*) estão incluídas as mulheres com primário completo
 (**) estão incluídas as mulheres com ginásial completot

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

A reconstrução das trajetórias percorridas pelas mulheres falecidas inicia-se, para fins da presente análise, com a entrada no sistema de saúde, aqui considerada como a informação a respeito da primeira consulta; como pode ser observado na Tabela 11, 31,0% das mulheres iniciam a trajetória pelos ambulatorios (12,3%) ou consultórios médicos (18,7%). Estas cifras são bastante baixas, o que em si já indica uma distorção do sistema, posto que a verdadeira porta de entrada de todos os sistemas de saúde é o consultório médico ou o ambulatório.

Chama a atenção, por outro lado, o fato de que em 24.0% dos casos, a entrada deu-se pelos estabelecimentos hospitalares do tipo "C", ou seja, hospitais localizados nas zonas intermediárias ou periféricas da cidade, onde usualmente existem serviços de pronto atendimento e são de mais fácil acesso à população circunvizinha, atuando dessa maneira como porta de entrada à população que deles se utiliza dada suas localizações geográficas.

Ainda no que se refere à primeira consulta, os demais casos distribuem-se pelos outros tipos de hospitais mencionados somando 35,7% das consultas. Embora o conjunto de informações contidas na Tabela 8 deva ser considerado com cuidado, por conta de eventuais desvios, por terem sido as informações fornecidas pela família, há que ser ressaltado que no total da amostra, uma cifra elevada, de aproximadamente 60% das pacientes recorrem diretamente aos hospitais para sua primeira consulta.

No que se refere às demais consultas, e ainda seguindo a mesma Tabela, observa-se uma queda contínua no número de consultas em ambulatórios e consultórios médicos, evidenciando o baixo retorno a esses locais, das pacientes referidas para tratamento. Deve-se notar, contudo, o que acontece com as consultas nos estabelecimentos hospitalares do tipo "C"; na segunda e terceira consultas, as porcentagens diminuem, aumentando, em seguida, na quarta consulta (35,7% das consultas). indicando que esse tipo de estabelecimento hospitalar preenche a dupla função de porta de entrada e, posteriormente, hospital de retaguarda para as doenças em estágio mais avançado.

Tabela 11 - Distribuição das consultas realizadas segundo o tipo de local dos atendimentos

Consultas													
Local													
	Primeira		Segunda		Terceira		Quarta		Quinta		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	e mais
Amb.	21	12,3	5	3,1	6	4,7	2	2,4	1	1,3	35	5,6	
Cons. Med.	32	18,7	11	6,9	8	6,3	3	3,6	4	5,1	58	9,4	
Cli. Homeo.	1	6,0	1	6,0	2	1,6	2	2,4	-	-	6	1,0	
Hosp. Univ	14	8,2	13	8,2	16	12,5	4	7,1	10	12,8	59	9,5	
A	27	15,8	61	38,4	42	32,8	22	26,2	33	42,3	185	29,8	
B	20	11,7	29	18,2	20	15,6	18	21,4	19	24,4	106	17,1	
C	41	24,0	29	18,2	26	20,3	30	35,7	10	12,8	136	21,9	
P.S.	9	5,3	10	6,3	7	5,5	1	1,2	1	1,3	28	4,5	
Ignorado	6	3,5	-	-	1	8,0	-	-	-	-	7	1,1	
Total	171	100	159	100	128	100	84	100	78	100	620	100	

Quando o mesmo procedimento é adotado para os casos de morte por câncer da mama (Tabela 12), algumas diferenças merecem destaque. Observa-se que aumenta um pouco a porcentagem de casos nos quais a entrada no sistema (primeira consulta) se dá pelo ambulatório ou consultório médico (34,5% das consultas); também é maior, nesta localização de câncer, a porcentagem dos casos nos quais os hospitais especializados e de melhor categoria constituem a porta de entrada no sistema; essas cifras já estão indicando um diferencial sócio-econômico do sub-grupo de mulheres que faleceram por câncer da mama. É significativa a diminuição de frequência da primeira consulta nos hospitais do tipo "C" (24,0% para o total, contra 16,4% para mama). Nas consultas subsequentes observa-se uma maior aglutinação nos estabelecimentos especializados e de maior complexidade no atendimento; no entanto, no momento da quarta consulta, observa-se uma elevação no número de casos nos hospitais do tipo "C" (29,6%) confirmando a função de retaguarda desses estabelecimentos.

Tabela 12 - Distribuição das consultas prestadas aos casos de câncer de mama segundo o tipo de local dos atendimentos

Consultas												
Local	Primeira		Segunda		Terceira		Quarta		Quinta e mais		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Amb.	7	12,7	1	1,8	2	5,1	-	-	1	3,8	11	5,4
Cons. Med.	12	21,8	3	5,5	2	5,1	2	7,4	2	7,7	21	10,4
Cli. Homeo.	1	1,8	1	1,8	2	5,1	1	3,7	-	-	5	2,5
Hosp. Un.	3	5,5	4	7,3	2	5,1	1	3,7	2	7,7	12	5,9
A	17	30,9	29	52,7	16	41,0	9	33,3	14	53,8	85	42,1
B	5	9,1	8	14,5	6	15,4	6	22,2	5	19,2	30	14,9
C	9	16,4	6	10,9	7	17,9	8	29,6	2	7,7	32	15,8
P.S.	-	-	3	5,5	2	5,1	-	-	-	-	5	2,5
Ignorado	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Total	55	100	55	100	39	100	27	100	26	100	202	100

Quando se compara a mesma distribuição para os casos de câncer ginecológico (Tabela 13), chama a atenção em primeiro lugar, o baixo número de mulheres que entram no sistema via consultas ambulatoriais ou em consultórios médicos (23,1%);

justamente neste tipo de câncer, a porta de entrada deveria ser essa via, em função das características e possibilidades de diagnóstico; essa porcentagem reduzida ressalta ainda mais, a fragilidade do sistema em termos de seu potencial de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de sugerir pouca efetividade dos programas de saúde da mulher.

Tabela 13 - Distribuição das consultas prestadas aos casos de câncer dos órgãos genitais segundo o tipo de local dos atendimentos

Local	Consulta											
	Primeira		Segunda		Terceira		Quarta		Quinta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Amb.	4	10,3	1	2,7	-	-	-	-	-	-	5	3,2
Cons. Med.	5	12,8	2	5,4	2	6,1	1	4,0	1	4,5	11	7,1
Hosp. Un.	6	15,4	2	5,4	4	12,1	3	12,0	1	4,5	16	10,3
A	6	15,4	17	45,9	13	39,4	7	28,0	10	45,5	53	34,0
B	5	12,8	6	16,2	4	12,1	4	16,0	5	22,7	24	15,4
C	10	25,6	7	18,9	8	24,2	9	36,0	4	18,2	38	24,4
P.S.	2	5,2	2	5,4	1	3,0	1	4,0	1	4,5	7	4,5
Ignorado	1	2,6	-	-	1	3,0	-	-	-	-	2	1,3
Total	39	100	37	100	33	100	25	100	22	100	156	100

Sumarizando, as trajetórias das mulheres falecidas segundo o estabelecimento de realização das consultas, indicam que a questão maior refere-se ao momento da entrada no sistema. Nas consultas subsequentes, as trajetórias vão se aproximando mais do que se esperaria, ou seja, uma frequência maior nos hospitais especializados (A).

A Tabela 14 apresenta para todas as localizações de câncer, e particularmente para os casos de câncer da mama e ginecológico, o local do óbito, de acordo com o atestado de óbito original, totalizando, portanto, os 181 casos iniciais. Novamente neste aspecto, evidencia-se o contraste entre câncer da mama e ginecológico, sendo que os óbitos ocorrem com maior frequência nos hospitais do tipo "A" no primeiro caso (39,0%), e nos hospitais de tipo "C" no segundo (26,8%). Para as demais localizações, a ocorrência do óbito é preponderante nos hospitais de tipo "B" e "C". É reduzido o número de óbitos domiciliares embora a proporção se mantenha independente da localização do câncer. Parece ser que a ocorrência do óbito domiciliar é preponderantemente opcional, considerando-se a baixa ocorrência de óbitos nos Pronto-Socorros (1,7%); essa constatação é corroborada por informações dos questionários, onde os parentes relatam o desejo das falecidas de morrerem em casa.

Tabela 14 - Local do óbito para o total de casos em estudo

Neoplasias malignas								
Local do óbito	Mama		Org. Gen.		Demais Loc.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cli. Homeo.	1	1,7	-	-	-	-	1	0,6
Hosp. Un.	5	8,5	5	12,2	14	17,3	24	13,3
A	23	39,0	11	26,8	16	19,8	50	27,6
B	10	16,9	8	19,5	17	21,0	35	19,3
C	10	16,9	11	26,8	18	22,2	39	21,5
P.S.	1	1,7	-	-	2	2,5	3	1,7
Domicílio	9	15,3	6	14,6	14	17,3	29	16,0
Total	59	100,0	41	100,0	81	100,0	181	100,0

A seguir, nas Tabelas 15, 16 e 17, respectivamente, para o total de casos, para os casos de câncer da mama, e do câncer ginecológico, é apresentado a trajetória das falecidas pelos estabelecimentos de saúde, da primeira consulta ao óbito.

Tabela 15 Tipo de locais de atendimento utilizados pelos casos em estudo

1. Consulta 2. Consulta 3. Consulta 4. Consulta 5. Consulta 6. Consulta 7. Consulta 8. Consulta 9. Consulta Local obito
(G = Domicilio)

A	A							A
A	A							A
A	A							A
A	A							G
A	A	A						A
A	A	A	C					G
A	A	A	C	A				A
A	A	A						A
A	A	A						A
A	A	B						G
A	A	C	C					C
A	A	C	C					C
A	A	D	A	A				A
A	A	D	B					A
A	A	F	A					A
A	A	F	A	A				A
A	A	I						I
A	A							I
A	B							B
A	C	C	A				C	C
A	D	E	I	B				A
A	E							C
A	E	A						E
A	E	E	D	I				A
A	F	E	A	I	F		I	I
A	F	A	B					G
A	I	F	I					B
A		I						I
<hr/>								
B								B
B								B
B								B
B								B
B	A	A	A	B				B
B	A	A	F					B
B	A	B						A
B	B							B
B	B							B
B	B	A	B					G
B	B	A	C	B				B
B	B	A						B
B	B	B						B
B	B	B						B
B	B	B						B
B	B	B						B
B	B	B						B
B	B	B						B
B	B	B						B
B	B	B						B
B	B	C						C
B	B	C						C
B	C	C						G
B	F	E						B
B	I	B	B	A	A	B		B

Tabela 15 Tipo de locais de atendimento utilizados pelos casos em estudo

1. Consulta 2. Consulta 3. Consulta 4. Consulta 5. Consulta 6. Consulta 7. Consulta 8. Consulta 9. Consulta Local obito
(G = Domicilio)

C								C
C								C
C								C
C	A							G
C	A							A
C	A	A						A
C	A	A	A	A	A	A	A	A
C	A	A	B	B	B			B
C	A	P						B
C	A	C	A	A				G
C	A	C	C	C				C
C	A	C	C	C				C
C	A	E	A	A	A	C		C
C	A	F	C	C	D	A		G
C	A	I	C	C	F	A		A
C	B							I
C	B	A						C
C	B	I						A
C	C							I
C	C							C
C	C							C
C	C	A						C
C	C	A	C	C				A
C	C	A	A	C	A	A		C
C	C	C	C	C				A
C	C	C	C	C	I	I		C
C	C	C	C	C	A	A		G
C	C	E	I	C	C			A
C	E	C	C	C				C
C	E	C	C	C				C
C	I	A	C	C				G
C	I	I	I	I				A
C	I	I	I	I				G
C	I	I	I	I				I
C	I	I	I	I				I

Tabela 15 Tipo de locais de atendimento utilizados pelos casos em estudo

1. Consulta 2. Consulta 3. Consulta 4. Consulta 5. Consulta 6. Consulta 7. Consulta 8. Consulta 9. Consulta Local obito
(G = Domicilio)

D	A	A						A
D	A	A	A	A	A	A	A	A
D	A	A						A
D	A	B	A					A
D	B	B	B					B
D	B	C	C					G
D	B	F	B	I	I	A		I
D	B	I	C					C
D	C	A	E					B
D	C	C	C	C				C
D	C	C						C
D	C	C	C	C				C
D	C	I	A					C
D	C	I						I
D	D	D	B					G
D	D	E						E
D	D	F	C					G
D	E	C	D	I				I
D	F	E	B	A	B			B
D	F	I	A	I	A			A
D	I							I
E								B
E	A	E						E
E	B	A	C					C
E	B	B	A	B	C			G
E	B	C						C
E	D	D	C	B				B
E	E	A	C					C
E	E	B	A	A				A
E	F	A	C					C

1. Consulta 2. Consulta 3. Consulta 4. Consulta 5. Consulta 6. Consulta 7. Consulta 8. Consulta 9. Consulta Local obito
(G = Domicilio).

[illegible]

1. Consulta 2. Consulta 3. Consulta 4. Consulta 5. Consulta 6. Consulta 7. Consulta 8. Consulta 9. Consulta Local obito
(6 = Domicilio)

[illegible]

Tabela 17 Tipo de locais de atendimento utilizados pelos casos de neoplasia maligna de orgaos genitais
 1. Consulta 2. Consulta 3. Consulta 4. Consulta 5. Consulta 6. Consulta 7. Consulta Local obito
 (G = Domicilio)

A	A	A	C				G
A	A	A					A
A	A	F	A	A			A
A	C						C
A	C	C	A				A
A	F	A	A	F			G
B							B
B	A	A	A	B			B
B	B	A	C	B			B
B	E	C	E	C			C
B	I	B	B	A	A	B	B
C	A						C
C	A	A					A
C	A	A	A	A	A	A	A
C	A	E					B
C	A	C	C				C
C	A	C	A	A	C		C
C	A	I					I
C	C						C
C	C	A					A
C	C	C	C	A			A
D	A	A					A
D	B	B	B				B
D	C	A	C	C			C
D	D	F	C				G
E	B	A	C				C
E	E	B	A	A			A
F	A	A					A
F	B	A	B				B
F	B	C	B	B			B
F	E	C	F	I	A		I
F	F	S	C	B			C
I							G
I	A	I					I
I	A	I	I				G
I	A	I	I				I
I	C	C	I				I
I	I						G

O conjunto de dados assim distribuídos reforça, em primeiro lugar, as constatações já detectadas nos dados referentes à primeira consulta; verifica-se que a questão é a entrada no sistema, com uma distorção acentuada em prol dos estabelecimentos hospitalares e em detrimento dos ambulatorios e consultórios médicos. Dada essa situação, a sequência de consultas evidencia uma certa lógica, sendo poucos, na verdade, os casos que fogem aos encaminhamentos esperados. Na sua grande maioria, as trajetórias indicam o correto referenciamento, ou no sentido de tratamento em hospitais do tipo A (incluindo-se aí os especializados) ou em hospitais do tipo B onde, dependendo do caso, o tratamento pode ter prosseguimento. Há manutenção acentuada de casos nos hospitais do tipo C, provavelmente em função das características, já apontadas, desse tipo de estabelecimento. No caso de câncer da mama, é ainda mais preponderante a manutenção das mulheres em hospitais do tipo A, corroborando a hipótese de que este sub-grupo de mulheres pertença às famílias de melhores condições sócio-econômicas.

No entanto e apesar destas constatações, as mulheres morrem, suscitando indagações sobre os subseqüentes pontos vulneráveis do sistema de atendimento. Várias hipóteses podem ser aventadas: sobre a qualidade do atendimento, sobre o momento do diagnóstico, sobre a frequência das consultas, entre outras. Sem dúvida, o material empírico de que se dispõe, não permite uma resposta conclusiva a estas

indagações. Esta primeira abordagem deverá ser aprofundada com estudos específicos, delineados para tais propósitos. No entanto, essas primeiras constatações constituem um passo necessário para se cotejar, como se objetiva neste trabalho, às propostas, o contexto das políticas de saúde e as condições concretas de atendimento de determinados tipos de pacientes.

Procurou-se, em seguida, averiguar a distribuição do número de consultas, a fim de se detectar eventuais diferenças, de acordo com a localização da doença. Os resultados apresentados na Tabela 18, com percentuais e frequências acumuladas, não indicam diferenças nítidas entre as distribuições consideradas. Provavelmente a quantidade de consultas, em si, não signifique diferenças quanto às trajetórias ocorridas nesses casos, dependendo mais, as características dessas trajetórias, de outros fatores, como momento do diagnóstico e estágio da enfermidade.

Tabela 18 -Quantidade de consultas realizadas pelas mulheres
segundo localização dos neoplasmas malignos

No. de cons.	Neoplasias malignas											
	Mama			Org. Gen.			Demais Loc.			Total		
	No.	%	% ac.	No.	%	% ac.	No.	%	% ac.	No.	%	% ac.
I	-	-	100,0	2	5,1	100,0	10	13,0	100,0	12	7,0	100,0
II	16	29,1	100,0	4	10,3	94,9	11	14,3	87,0	31	18,1	93,0
III	12	21,8	70,9	8	20,5	84,6	24	31,2	72,7	44	25,7	74,9
IV	14	25,5	49,1	10	25,6	64,1	15	19,5	41,6	39	22,8	49,1
V ou mais	13	23,6	23,6	15	38,5	38,5	17	22,1	22,1	23	26,3	26,3
TOT	55	100,0		39	100,0		77	100,0		171	100,0	

O momento do diagnóstico, de fundamental importância para a caracterização das trajetórias, é apresentado na Tabela 19 para 168 casos, uma vez que em três casos de mulheres falecidas sem assistência médica, o diagnóstico só foi realizado no Serviço de Verificação de Óbitos - SVO, sendo considerado como causa básica um neoplasma maligno do retroperitônio (158.0), um neoplasma maligno do encéfalo sem especificação (191.9), e uma leucemia aguda de tipo celular não especificado (208.0).

No total de casos, observa-se uma porcentagem muito baixa na primeira consulta (67,3%); mesmo no caso de câncer da mama,

dadas as características de externalidade do sintoma, uma porcentagem de 81,8% também pode ser considerada baixa. A porcentagem para o caso do câncer ginecológico (69,2%) é ainda mais alarmante.

Tendo considerado a trajetória das falecidas na entrada do sistema e sucessivas consultas em diversos tipos de estabelecimentos de saúde, é necessário considerar-se o momento da realização do diagnóstico. Como pode ser observado na Tabela 16, a maior porcentagem de diagnóstico na primeira consulta (81,8%) encontra-se no caso de câncer da mama, seguida dos casos de câncer ginecológico (69,2%), e por último, a porcentagem menor (55,4%) para as demais neoplasias malignas. Os dados corroboram o que já foi mencionado anteriormente: uma baixa porcentagem no conjunto dos casos de câncer que conseguem o diagnóstico já na primeira consulta; considerando-se mais uma vez, as peculiaridades nos casos de câncer da mama, e, mais especialmente, os casos de câncer ginecológico, frente às possibilidades mais evidentes de diagnóstico imediato, as cifras aqui obtidas evidenciam distorções, precariedades e insuficiências no sistema de atendimento, as quais provocam um desperdício de tempo que pode comprometer seriamente a evolução posterior da enfermidade.

Mediante informações obtidas pelas entrevistas familiares pode-se conceituar o momento do diagnóstico já como aquele

momento em que surgiram suspeitas de enfermidade; mesmo com um conceito assim amplo, é considerável o número de mulheres que só consegue ter o diagnóstico de sua doença a partir da segunda consulta.

A fim de elucidar melhor as características das trajetórias das mulheres falecidas, utilizou-se o conceito de sobrevivência para introduzir a temporalidade necessária à reconstrução do processo que vai do momento da manifestação dos sintomas até o óbito.

Tabela 19 - Momento do diagnóstico, segundo localização dos neoplasmas malignos

Cons.	Neoplasias malignas															
	Mama				Org. Gen.				Demais Loc.				Total			
	No.	%	%	ac.	No.	%	%	ac.	No.	%	%	ac.	No.	%	%	ac.
1a.	45	81,8	81,8	27	69,2	69,2	41	55,4	55,4	113	67,3	67,3				
2a.	8	14,5	96,4	6	15,4	84,6	17	23,0	78,4	31	18,5	85,7				
3a.	1	1,8	98,2	4	10,3	94,9	13	17,6	95,9	18	10,7	96,4				
4a.	-	-	98,2	1	2,6	97,4	2	2,7	98,6	3	1,8	98,2				
5a.	1	1,8	100,0	-	-	97,4	1	1,4	100,0	2	1,2	99,4				
6a.	-	-	-	1	2,6	100,0	-	-	-	1	0,6	100,0				
TOT	55	100,0		39	100,0		77	100,0		171	100,0					

Na Tabela 20, considera-se a distribuição da sobrevida média, em meses, segundo o tipo de estabelecimento de saúde onde foi realizada a primeira consulta. Os dados dessa tabela são bastante elucidativos; em primeiro lugar pode-se observar que o câncer da mama, no conjunto, apresenta uma sobrevida média maior do que o câncer ginecológico; há nesse caso uma excessão, a dos quatro casos de câncer ginecológicos tratados nos hospitais do tipo "A". Em segundo lugar, observa-se o baixo tempo de sobrevida média no caso dos hospitais universitários, evidenciando tratar-se de estabelecimentos que já recebem pacientes em estado avançado da doença, constituindo recurso extremo de situações terminais. Em terceiro lugar os hospitais do tipo "A", como nas análises anteriores, evidenciam uma melhor qualidade de serviços e atendimentos, aqui indicados pela sobrevida média maior atingida pelas pacientes aí tratadas para todas as localizações consideradas. Nos demais tipos de estabelecimento as diferenças não são expressivas.

Tabela 20 - Sobrevida média, em meses, da data da primeira consulta, à data do óbito, segundo a localização do câncer e o local do primeiro atendimento

Local	Neoplasias malignas					
	Mama	Orgãos Genit.		Total		
	Sobre-vida	No. de casos	Sobre-vida	No. de casos	Sobre-vida	No. de casos
Amb.	25,7	7	21,4	4	23,9	21
Cons. med.	38,3	12	10,7	5	24,4	32
Cli. Hom.	39,7	1	-	-	39,7	1
Hosp.Un.	12,5	3	17,4	6	12,7	14
A	43,6	17	41,7	6	38,9	27
B	40,4	5	23,6	5	24,1	20
C	31,7	9	15,1	10	18,2	41
P.S.	-	-	19,0	2	20,9	9

Na Tabela 21 a sobrevida média é examinada segundo o número de consultas realizadas pelas pacientes; considerou-se apenas a distribuição até seis consultas, por estar aí contida a maioria dos casos estudados (97,3% , 94,9% e 95,9% respectivamente para os casos de câncer da mama, ginecológico e para o total). No conjunto, observa-se um aumento da sobrevida média associado ao aumento do número de consultas. Essa associação confirma o que se poderia esperar, uma vez que o aumento das consultas significa um melhor atendimento, quer pelo aumento das possibilidades de tratamentos mais complexos e adequados, quer pelo tratamento

das intercorrências da própria doença. Com qualquer número de consultas, também pode-se observar a sobrevida média maior no caso dos câncer da mama em relação aos demais.

Tabela 21 - Sobrevida média, em meses, da data da primeira consulta à data do óbito, segundo o número de consultas prestadas(*) aos casos em estudo e localizações das neoplasias malignas.

Consulta	Neoplasias malignas					
	Mama		Orgãos Genit.		Total	
	Sobre-vida	No. de casos	Sobre-vida	No. de casos	Sobre-vida	No. de casos
Uma	-	-	0,6	2	5,1	12
Duas	33,0	16	20,8	4	25,2	31
Três	38,1	12	16,1	8	23,9	44
Quatro	37,3	14	23,0	10	24,1	39
Cinco	47,6	5	29,3	10	29,4	22
Seis	31,2	6	10,7	3	25,1	16

(*) até a 6a. consulta

A trajetória que se reconstrói aqui tem, como já foi dito anteriormente, no momento do diagnóstico uma dimensão bastante expressiva para avaliar a possibilidade de sobrevida. Na Tabela 19 apresenta-se a sobrevida média, também medida em meses, de acordo com a consulta na qual o diagnóstico foi realizado. Neste caso considerou-se até a terceira consulta, na qual a grande maioria dos casos já havia sido diagnosticado. Os dados são expressivos; nas três localizações estudadas, a sobrevida média é consideravelmente maior quando o diagnóstico é realizado na

primeira consulta, baixando acentuadamente quando esse momento ocorre nas segunda ou terceira consultas.

Cotejando-se os dados das Tabelas 22 e 23, a importância do tempo dispendido entre a primeira consulta e a consulta na qual foi realizado o diagnóstico, corrobora a necessidade da prontidão diagnóstica na trajetória da enfermidade. Nos casos de câncer da mama, o tempo médio gasto entre a primeira consulta e a consulta-diagnóstico (segunda) é de 9,1 meses. Para os casos de câncer ginecológico, o tempo perdido em relação ao diagnóstico realizado é de 5,5 meses, aumentando para 7,6 meses, sempre em média, quando o diagnóstico é realizado na terceira consulta. Para todos os casos, as cifras correspondentes são de 6,7 e 11,2 respectivamente entre a primeira e a segunda, e entre a primeira e a terceira consultas.

Tabela 22 - Sobrevida média, em meses, da data do diagnóstico à data do óbito, segundo as localizações das neoplasias malignas e a consulta(*) na qual foi diagnosticado o tumor

Consultas		Neoplasias malignas					
		Mama		Orgãos Genit.		Total	
		Sobre- vida	No. de casos	Sobre- vida	No. de casos	Sobre- vida	No. de casos
Primeira	41,9	45	23,1	27	29,5	113	
Segunda	17,8	8	13,7	6	10,0	31	
Terceira	6,9	1	7,9	4	2,6	18	

(*) até a 3a. consulta

Tabela 23 - Sobrevida média, em meses, da data da primeira consulta à data do óbito, segundo as localizações das neoplasias malignas e a consulta(*) na qual foi diagnosticado o tumor

Consultas	Neoplasias malignas					
	Mama		Orgãos Genit.		Total	
	Sobre-vida	No. de casos	Sobre-vida	No. de casos	Sobre-vida	No. de casos
Primeira	41,9	45	23,1	27	29,5	113
Segunda	26,9	8	19,2	6	16,7	31
Terceira	9,5	1	15,5	4	13,8	18

(*) até a 3a. consulta

Finalmente, as deficiências do sistema podem ser novamente evidenciadas mediante o desperdício de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. A Tabela 21, apresenta os resultados obtidos, verificando-se que, para o total dos casos considerados (144), 34 casos (que representam 18,8% do total de casos em estudo - 181) não iniciaram imediatamente o tratamento, havendo uma demora média aproximadamente de dois meses entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Tabela 24 - Tempo, em dias, dispendido entre o diagnóstico e o início do tratamento segundo localizações dos neoplasmas malignos.

Momento do diagnóstico e início do tratamento	Mama		Org. Gen.		Total	
	No.	Tempo	No.	Tempo	No.	Tempo
Sem tratamento	2	...	5	...	27	...
Diagnóstico e tratamento na 1a. consulta	35	--	10	--	62	--
Diagnóstico e tratamento na 2a. consulta	2	--	3	--	21	--
Diagnóstico na 1a. e tratamento na 2a. consulta	9	71	13	26	24	53
Diagnóstico na 2a. e tratamento na 3a. consulta	5	46	4	120	10	51

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos Resultados e Comentários foram vistas trajetórias de mulheres acometidas por câncer, os descaminhos, as dificuldades, as demoras nos momentos decisivos da doença e, finalmente, o desfecho morte.

As histórias de duas adolescentes de 13 anos e de uma jovem mulher de 32 anos, falecidas por leucemia linfática aguda, sensibilizam pela dureza da realidade, tornando nítidos os contrastes e desigualdades de acesso ao sistema de saúde, de tratamento obtido e sobrevida. Uma das adolescentes, menina rica, enferma desde os seis anos de idade, foi tratada pelos melhores médicos, nos melhores hospitais e teve acesso à mais moderna tecnologia médica; chegou a realizar um transplante de medula óssea nos Estados Unidos; teve uma sobrevida de seis anos. A outra adolescente, pobre, sobreviveu três meses; sentindo dores nas pernas e garganta, foi levada ao Hospital Darcy Vargas, onde foi feito o diagnóstico de LLA; aguardou vaga durante três dias no Hospital Brigadeiro, falecendo no oitavo dia de internação. O terceiro caso, da jovem mulher que faleceu por leucemia linfática aguda, é um caso típico do que ocorre com a classe média; no começo foi diagnosticada e tratada particularmente, tendo sido indicado o transplante de medula óssea, o que não foi realizado por falta de recursos. Na

recidiva, os limites financeiros se colocam, tendo a paciente ido parar no sistema público; na história familiar, o marido manifesta sua revolta contra o tratamento dispensado e a limitação econômica que impediu-a de obter um melhor tratamento; sobreviveu quatro meses.

Essas histórias, assim como toda a análise realizada, constituem, na verdade, fragmentos do funcionamento do sistema de saúde, num determinado momento, e no local considerado o mais avançado do país. As deficiências, limitações, demoras e desorganizações encontradas pelos casos de morte aqui estudados, evidenciam o longo caminho a percorrer no sentido almejado.

No momento em que se preconiza, como papel do Estado, a diminuição do risco de doenças e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, a realidade estudada fala por si. Aí encontrou-se diagnósticos demorados, mesmo nos casos em que os programas existentes deveriam garantir a prevenção da doença ou o diagnóstico precoce. Encontrou-se situações de descaminhos e desorganização tanto na entrada no sistema como no processo de tratamento, num zigue-zague caótico pelos diversos tipos de estabelecimentos. Encontrou-se a situação dramática dos hospitais universitários que recolhem os pacientes empurrados pela inoperância da rede hospitalar. Encontrou-se

a desigualdade de acesso e impossibilidade de tratamento adequado em função das condições econômicas das pacientes.

A descentralização, hierarquização e definições de responsabilidades dos níveis federal, estadual e municipal, são mecanismos em operação, nos quais a questão do repasse financeiro constitui um elemento importante, mas não o único, nem o principal responsável pelos efeitos, efetividade e eficiência das medidas de prevenção, e, sob a ótica de um sistema de Saúde Pública, tão desejáveis, viáveis e inadiáveis.

A proposta de um sistema unificado e descentralizado de saúde representou, sem dúvida, uma conquista depois de uma penosa trajetória de avanços e retrocessos. O momento presente constitui um ponto de inflexão dos mais importantes, nessa trajetória. O desafio do presente é garantir, no nível local, a consolidação dos avanços, com metas exequíveis e que representem um passo significativo no sentido da saúde da população, já tão penalizada por condições de vida precárias.

No controle do câncer, como em outros casos de moléstias de alto custo, o papel da municipalidade é evidente e fundamental. Não se pode descentralizar, até o nível municipal, as unidades hospitalares especializadas; não se pode descentralizar tratamento de rádio ou quimioterápicos

de última geração: não se pode descentralizar procedimentos cirúrgicos de alta tecnologia. Ao poder local, porém, e acima de tudo, cabe o papel de diagnosticar e prevenir; a prática cotidiana deve impedir o avanço das doenças evitáveis e saber referenciar o paciente adequadamente, para a cura ou para uma sobrevida dilatada. O câncer do colo do útero deve deixar de constar como causa de morte de mulheres de 10 a 49 anos de idade. O câncer da mama, com outras especificidades e cuidados, deverá ser diagnosticado e tratado para uma sobrevida bastante mais longa do que evidenciada pelos dados do presente estudo.

Para tanto, no modelo descentralizado, municipalizado, hierarquizado, igualitário e universal, referendado por preceitos constitucionais, é de absoluta e fundamental importância a participação do médico. Sem sua participação convicta, o modelo não será viável; somente mediante modalidades de funcionamento nas quais as instituições, fortalecidas, possam assumir a responsabilidade e prover a necessária cobertura, tratamento e acompanhamento dos pacientes, poder-se-á falar em prevenção efetiva, diagnóstico precoce e racionalização dos recursos no atendimento de enfermidades de alto custo com incidência crescente em nosso meio.

Nesse contexto, ainda, o papel das Associações Médicas será decisivo; a elas compete a difusão de uma nova mentalidade e

de novos princípios norteadores da prática médica. Não se quer, com estas assertivas, responsabilizar apenas o profissional médico pelo processo em construção; não se trata de uma postura individual, embora esta, na cadeia de ações, tenha sua importância; trata-se, antes, de criar condições de operação de todo o sistema, o qual, coerente com o modelo geral proposto, torne as opções individuais lícitas, legítimas e valorizadas.

Mediante o fortalecimento institucional e uma participação médica na prática de co-responsabilidade, o poder público local, com a participação da população, poderá consolidar e tornar efetivos os propósitos norteadores das políticas de saúde em geral, e de controle do câncer em particular, no Brasil.

NOTAS

1. Esta parte do trabalho está, em grande medida, baseada nas informações contidas no livro História e Saúde Pública - A política de combate ao câncer no Brasil, 1987. Essa publicação resultou de um projeto de pesquisa financiado pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer, em convênio com a Fundação Oswaldo Cruz. O livro relata e documenta a evolução das políticas de controle do câncer no Brasil, desde os seus primórdios até 1984, quando as atividades do INCa, experiência considerada bem sucedida, representava o ponto de chegada almejado ao longo de décadas, idas e vindas, avanços e retrocessos, no sentido de sob a égide da Saúde Pública, diminuir a incidência e a mortalidade dessa moléstia no nosso meio.

2. Uma interessante análise a respeito do mecanismo de co-gestão do INCa pode ser encontrada em: MOTTA, P.R., CADERNOS EBAP, FGV, No. 21, agosto, 1983. Além disso, os avanços obtidos por esse mecanismo na prática do INCa, podem ser visto em: LEVCOVITZ, E., PLANEJAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL: A CO-GESTÃO NO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. MONOGRAFIA DE MESTADO, ENSP, 1985.

3. Em prosseguimento a uma longa trajetória de pesquisas em mortalidade realizadas pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob a liderança do Prof. Dr. Ruy Lauronti, a presente pesquisa representa mais um marco no avanço do conhecimento científico do tema no nosso meio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL-MES/DNS/SNC - Resenha da luta contra o câncer no Brasil. Documentário do SNC. Rio de Janeiro, 1946.

BRASIL. Presidência da República, Decreto nº 61968, publicado no D.O. de 27.12.1967

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Brasília, 1967.

BRASIL. Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Câncer. Programa Nacional de Contrôlo do Câncer. Documento Básico, Rio de Janeiro, 1973.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, Programa de Contrôlo do Câncer no INPS, Anexo I da Ordem de Serviço SAM nº 039.2 de 1976

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, 3a. edição, 1983.

CENTRO DA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS.

Classificação Internacional de Doenças. 9a. Revisão de 1975. São Paulo, 1985, v. 1.

CENTRO DA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS

Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos no Município de São Paulo (com ênfase à mortalidade materna), Relatório Final, 1988.

HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA. A política de controle do câncer no Brasil/ Regina Cele de Andrade Bodstein Coord. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987. 209 p. (coleção memória da Saúde Pública, vol. 2).

SCHNEIDER, C.A.R. Histórico da Fundação Antônio Prudente.

Acta Oncol. Bras. 9(1) - jan./abr. 1989; 7.

ÍNDICE DA LEGISLAÇÃO

- 1937 - Decreto-lei nº. 378 de 13 de janeiro de 1937. Cria o Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal.
- 1941 - Decreto-lei nº. 3643 de 23 de setembro de 1941. Institui no Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Nacional de Câncer e dá outras providências.
- 1966 - Lei nº 5026 de 14 de junho de 1966. Estabelece normas gerais para a execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde e dá outras providências.
- 1967 - Decreto nº 61968 de 22 de dezembro de 1967. Institui no Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer.
- 1969 - Decreto nº 773 de 20 de agosto de 1969. Cria a Federação das Escolas Federais Isoladas do Estado da Guanabara e incorpora à Federação o INCa

- 1971 - Lei nº 5734 de 16 de novembro de 1971.
Reinclui no Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer, entrando em vigor em 1º de janeiro de 1972.
- 1977 - Lei nº 6439 de setembro de 1977.
Implanta no Ministério da Previdência e Assistência Social, o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social).
- 1980 - Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5 de 11 de março de 1980. Institui a CIPLAN.
- 1980 - Portaria Interministerial MS/MPAS nº 9/BSB e nº 10/BSB de 26 de agosto e 27 de setembro de 1980, respectivamente. Institui a co-gestão administrativa entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Designa a CNCC como gestor técnico-administrativo dos recursos alocados para o desenvolvimento do Programa de Ações Integradas INCa-CNCC-INAMPS.
- 1981 - Decreto nº 86329 de 2 de setembro de 1981.
Cria o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).

- 1982 - Portaria nº 3062 de 23 de agosto de 1982.
O Ministro da Previdência e Assistência Social aprova o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.
- 1982 - Resolução CIPLAN nº 13 de 31 de agosto de 1982.
Autoriza a constituição do Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), destinado a coordenar o desenvolvimento das atividades de controle do câncer no país.
- 1983 - Portaria nº 92 de 6 de abril de 1983.
O Ministério da Saúde resolve: As atividades da DNDCC, constante do Artigo 58, da Portaria nº 47/BSB, de 23 de janeiro de 1968, relacionadas com as neoplasias malignas e afecções correlatas, serão desenvolvidas pelo INCA.
- 1984 - Resolução CIPLAN nº 6 de 3 de maio de 1984.
Institucionaliza as Ações Integradas de Saúde (AIS).
- 1990 - Decreto no. 99060 de 7 de março de 1990.
Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde, e dá outras providências.

- 1990 - Lei no. 8080 de 19 de setembro de 1990
Dispõe sobre as condições para a promoção,
proteção e recuperação da saúde, a organização e
o funcionamento dos serviços correspondentes e
dá outras providências.
- 1990 - Lei no. 8142 de 28 de dezembro de 1990.
Dispõe sobre a participação da comunidade na
gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre
as transferências intergovernamentais de
recursos financeiros na área da saúde e dá outras
providências.

ANEXOS

CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP

ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES
DE 10 A 49 ANOS

CONFIDENCIAL

pag.

- 1) NOME _____ 2) Nº de Ordem _____
- 3) Data da morte ____/____/____ 4) Idade _____ 5) Estado civil _____
- 6) Tipo de União _____ 7) Tempo de União _____
- 8) Endereço _____
- 9) Cidade ou Subdistrito _____
- 10) Cartório de Registro do óbito _____ 11) Nº do Registro _____
- 12) Dados sobre locais de residência da falecida

Residência	Cidade, Vila ou povoado	Município	Estado ou País	Nº anos vividos	Urbano/Rural	Obs.
Lugar de nascimento						
Três últimos lugares (1)						
(2)						
(3)						
Residência atual						

- 13) Composição da família no momento do falecimento

Nº	Nome	Relação com o chefe	Idade	Sexo	Escolaridade	Obs.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

- 14) Qual a posição da falecida na composição familiar? _____
- 15) Qual a escolaridade da falecida? _____
- 16) Qual a escolaridade do responsável pela família? _____
- 17) A falecida tinha alguma forma de seguro social (INPS, IAMSPE, Particular (convênio), etc.)
SIM _____ NÃO _____ IGNORA _____ Se sim, qual? _____

**CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP**

**ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES
DE 10 A 49 ANOS**

CONFIDENCIAL

pag. 2

18) Qual a ocupação da falecida e do responsável pela família por ocasião da morte.

a) Descrever as ocupações (mesmo no caso de aposentado(a) ou desempregado(a))

a1) da falecida _____

a2) do responsável pela família _____

b) Local de trabalho (especificar o nome e, se for indústria, o que produz)

b1) da falecida _____

b2) do responsável pela família _____

c) Situação da falecida e do responsável pela família.

	falecida	resp. família
— trabalho por conta própria, sem empregado _____	1	1
— trabalho por conta própria, com empregado _____	2	2
— sócio ou dono firma comercial, indústria, etc. _____	3	3
— funcionário governo, instituto ou outra organização paraestatal _____	4	4
— empregado firma comercial, industrial, bancária, etc _____	5	5
— outras (especificar) _____	6	6

d) Existência de outra pessoa trabalhando para ou sob as ordens da(o)

	falecida	resp. família		falecida	resp. família
— não _____	0	0	— sim, 11 a 20 _____	4	4
— sim, 1 _____	1	1	— sim, 21 a 49 _____	5	5
— sim 2 a 5 _____	2	2	— sim, 50 a 99 _____	6	6
— sim 6 a 10 _____	3	3	— sim, 100 ou + _____	7	7

e) Condições da falecida e do responsável pela família por ocasião da morte.

	falecida	resp. família		falecida	resp. família
— trabalhando _____	0	0	— desocupada(o) _____	4	4
— licença (especificar tipo em obs.) _____	1	1	— estudante _____	5	5
— afastada(o) (esp. motivo em obs.) _____	2	2	— dona de casa _____	6	6
— desempregado(a) (esp.tipo em obs.) _____	3	3	— outra (especificar tipo em obs.) _____	7	7

OBS.: (falecida) _____

OBS.: (resp. família) _____

Data ____ / ____ / ____

Entrevistador _____

**CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP**

**ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES
DE 10 A 49 ANOS**

CONFIDENCIAL

pag. 3

19) A falecida ficou grávida alguma vez?

Sim _____ Não _____ Ignora _____

20) Se sim, quantas vezes? _____

21) História das gestações

Data do término	NV	NM	ABORTO	DURAÇÃO DA GRAVIDEZ	AINDA VIVO IDADE	SE MORREU, QUAL A IDADE

Se estava grávida ou teve um nascido vivo , nascido morto ou aborto nos últimos 90 dias, fazer as perguntas que se seguem:

22) Fez pré-natal durante essa última gestação?

Sim _____ Não _____ Ignora _____

23) Se sim, quantas consultas? _____

24) Se não, por que? _____

25) Sabe dizer em que mês da gestação iniciou o pré-natal? _____

26) Aonde fez pré-natal? (Anotar o(s) lugar(es))

27) Em que mês da gestação estava quando morreu? _____

28) Se a gestação terminou em aborto, onde foi atendida?

Domicílio _____ Hospital _____

(Especificar) _____

29) Na última gestação, onde deu à luz?

Domicílio _____ Hospital _____

(Especificar) _____

data _____ tipo de parto _____ peso do RN _____

**CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP**

**ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES
DE 10 A 49 ANOS**

CONFIDENCIAL

pag. 4

- 30) A falecida fumava cigarro? Sim _____ Não _____ Ignora _____ Quantos por dia? _____
- 31) Sabe dizer há quanto tempo fumava? (especificar) _____
- 32) A falecida bebia? Sim _____ Não _____ Ignora _____
- 33) Com que frequência bebia: Diária _____ Ocasional _____ Regularmente _____ Ignora _____
- 34) Se bebia (SIM na 32), a quantidade na sua opinião, era:
Pequena _____ Moderada _____ Grande _____ Ignorada _____
- 35) Pode especificar a quantidade? _____

- 36) Quais os tipos de bebida que consumia? _____

- 37) Há quanto tempo bebia? _____
- 38) Acha que o hábito de beber se constituía num problema para a família ou para a falecida? (Descrever) _____

- 39) Alguma vez fez tratamento para deixar de beber? Sim _____ Não _____ Ignora _____
- 40) Se fez tratamento, onde foi?
Em casa, orientada por médico? _____
Em casa, outros _____
Internada em Hospital (nome e data) _____
- 41) Se não fez, acha que deveria ter feito tratamento para deixar de beber? Sim _____ Não _____ Ignora _____
Se sim, porque? _____
- 42) Acha que o hábito de beber contribuiu para a morte? Sim _____ Não _____ Ignora _____
De que maneira _____
- 43) A falecida tinha alguma doença crônica como:
Pressão alta _____ Doença cardíaca _____
Diabetes _____ Outra (especificar) _____
- 44) Fazia algum controle? Sim _____ Não _____ Ignora _____
- 45) Tomava alguma medicação para isso? Sim _____ Não _____ Ignora _____
Qual(is)? _____

ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES DE 10 A 49 ANOS

pag. 5

Sim _____ Não _____ Ignora _____

Nome do Hospital, Clínica, Médico, etc.	Tipo	Data	Dias no Hospital	Motivo	Nº de Consultas
1)					
2)					
3)					
4)					

Pronto Socorro, Emergência _____ E

47) Antes do ano que passou, recebeu assistência médica. Sim _____ Não _____ Ignora _____

Nome do Hospital, Clínica, Médico, etc.	Tipo	Data	Dias no Hospital	Motivo	Nº de Consultas
1)					
2)					
3)					
4)					

[illegible]

ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES DE 10 A 49 ANOS

pag. 6

Entrevistador _____

CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP

ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES
DE 10 A 49 ANOS

CONFIDENCIAL

pag. 7

NOME _____ Nº de Ordem _____

DOENÇA ATUAL - EVENTOS QUE CONDUZIRAM À MORTE

58) Data de início da doença: ____ / ____ / ____

59) Como começou: _____

60) História da doença: (use o verso se necessário) _____

61) Dados principais do exame físico (assinalar P.A. em várias datas) (use o verso se necessário) _____

Assinalar peso e estatura, se houver: _____

62) Evolução e tratamento: (use o verso se necessário) _____

63) Fonte de informação: Hospital _____ Clínica _____ Méd. Particular _____ Outro _____

Data ____ / ____ / ____ Entrevistador _____

ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES DE 10 A 49 ANOS

pag. 8

64) Dados referentes a consultas anteriores (relacionados ou não com a doença atual) _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Peso _____ Estatura _____ Intercorrências clínicas _____

Intercorrências obstétricas _____

P.A. (anotar os vários valores de acordo com o mês da gestação) _____

Número total de consultas _____ Idade gestacional na 1ª consulta _____

Observações _____

CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP

ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES
DE 10 A 49 ANOS

CONFIDENCIAL

pag. 9

- 66) Informações sobre o parto (se estava grávida ou teve um nascido vivo ou morto nos 90 dias anteriores à morte).

Data _____ Local-Domicílio _____

Hospital (qual; endereço) _____

Quem fez o parto _____

Descrição do trabalho de parto _____

Descrição do parto _____

Intercorrências do trabalho de parto, parto e puerpério (Hospitalar) _____

Condições de alta (mãe) _____

Peso do RN _____ Comprimento _____ Condições ao nascer _____

_____ Condições de alta _____

- 67) Informações sobre a perda fetal precoce ou aborto. (se estava grávida e teve perda precoce ou aborto nos 90 dias que antecederam a morte da falecida). Duração da gravidez (semanas) _____

A perda foi: espontânea _____ induzida _____ ignora _____

Resumo do atendimento _____

- 68) Fonte de informações: Hospital _____ Clínica _____ Médico Particular _____

Outro _____

Data ____/____/____ Entrevistador _____

**CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP**

**ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES
DE 10 A 49 ANOS**

CONFIDENCIAL

pag. 10

NOME _____ Nº de Ordem _____

EXAMES COMPLEMENTARES

Assinalar aqueles com resultados importantes para confirmar ou não a doença ou complicação. Assinalar também aqueles importantes, mesmo não relacionados à doença atual, porém que podem indicar um diagnóstico de uma causa associada.

69) Laboratório

TIPO	DATA	RESULTADOS

70) Raios X

(use o verso se necessário)

TIPO	DATA	RESULTADOS

71) Outros exames (E.C.G., etc)

(use o verso se necessário)

TIPO	DATA	RESULTADOS

72) Citologia/biópsia (descrever o material e resultados)

(use o verso se necessário)

73) Operações e achados (data, tipo e resultados)

74) Diagnósticos clínicos

75) Autópsia: Sim _____ Não _____

76) Data de hospitalização ____/____/____

Data de saída ____/____/____

77) Onde morreu? Domicílio _____

Ambulatório ou Consultório _____

Hosp. menos de 48 horas _____

Hosp. mais de 48 hs. _____

P.S. _____

Outro (especificar) _____

Data ____/____/____

Entrevistador _____

CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP

ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES
DE 10 A 49 ANOS

CONFIDENCIAL

pag. 11

NOME

Nº de Ordem

78) Tempo aproximado entre a morte e a autópsia

79) Descrição do cadáver

80) Exame macroscópico de cavidades e segmentos (dados positivos do crâneo, tórax, abdomen, pelvis, pescoço, membros)

81) Exame macroscópico de órgãos (dados positivos de órgãos macroscopicamente anormais ou daqueles solicitados pelos clínicos)

82) Exame microscópico de órgãos e tecidos (dados positivos)

83) Dados de laboratório de autópsia:

84) Diagnósticos finais de autópsia:

85) Diagnósticos associados não relacionados com a causa básica

86) Tipo de autópsia

Hospital completa

Verificação do óbito

Médico Legal

Hosp. Incompleta

Parcial

Data / /

Entrevistador

**CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP**

**ESTUDO DE MORTALIDADE DE MULHERES
DE 10 A 49 ANOS**

CONFIDENCIAL

pag. 12

NOME _____ Nº de Ordem _____

87) Atestado de óbito original (cópia exata)	DURAÇÃO	CÓDIGO
I- a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____
c) _____	_____	_____
II- _____	_____	_____
_____	_____	_____

Resumo da Investigação

Entrevistador Médico

	RESUMO FINAL	Base do diagnóstico	CÓDIGO
89) Causa básica	_____	_____	_____
90) Causas conseqüenciais	1 _____	_____	_____
	2 _____	_____	_____
	3 _____	_____	_____
	4 _____	_____	_____
	5 _____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
91) Causas contribuintes	1 _____	_____	_____
	2 _____	_____	_____
	3 _____	_____	_____
	4 _____	_____	_____
	5 _____	_____	_____
	6 _____	_____	_____

COLABORADOR PRINCIPAL _____