

**Título:** A atual transição demográfica e suas implicações na oferta de serviços públicos voltados para a saúde feminina: o caso do *Programa Viva Mulher*

**Autor:** Juliana Vasconcelos de Souza Barros

**Filiação Institucional:** Cedeplar/UFMG

**Resumo:** A tendência demográfica brasileira atual revela um processo de envelhecimento da população, engendrado pela rápida queda da fecundidade e pelo aumento da esperança de vida. O envelhecimento da estrutura etária caracteriza-se, ainda, pela feminização da população e por uma alteração nos padrões de mortalidade, com o aumento do número de doenças crônico-degenerativas. Nesse sentido, é provável que um contingente maior de mulheres atinja as faixas etárias de risco ao câncer de mama e de colo do útero, uma das principais causas de óbitos entre as mulheres. O presente trabalho analisa como a transição demográfica pode afetar o provimento de serviços públicos de atenção à saúde feminina, em termos de oferta e financiamento dos mesmos. Mais especificamente, traça o cenário atual da realização dos exames preventivos das neoplasias da mama e do colo do útero pelo *Programa Nacional de Controle do Câncer do Útero e da Mama – Viva Mulher* no estado de Minas Gerais, política do governo que visa justamente oferecer tais exames, bem como vislumbra cenários futuros que poderão ocorrer, dependendo das ações do Estado diante da transição demográfica.

**Palavras-chave:** transição demográfica; saúde reprodutiva; neoplasia; Programa Viva Mulher.

**Área temática:** Demografia

# A ATUAL TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA OFERTA DE SERVIÇOS PÚBLICOS VOLTADOS PARA A SAÚDE FEMININA: O CASO DO PROGRAMA VIVA MULHER

Juliana Vasconcelos de Souza Barros<sup>1</sup>

## Introdução

A atual transição demográfica brasileira caracteriza-se pelo envelhecimento da estrutura etária, em que a queda da fecundidade, aliada ao aumento da esperança de vida, faz com que o número de idosos aumente proporcionalmente mais que o de jovens. Trata-se de um processo que ocorreu de forma extremamente rápida: até os anos 60, a mortalidade sofreu grande queda, principalmente entre o grupo jovem, enquanto a fecundidade manteve-se em um nível elevado e constante. Dessa forma, a estrutura populacional ainda era bastante jovem. Entretanto, a partir da segunda metade da década de 60, a fecundidade caiu rapidamente, cerca de 60% entre 1970 e 2000 (WONG e CARVALHO, 2006). Foi essa queda brusca e acentuada da fecundidade que desencadeou a transição demográfica brasileira.

Hoje, a taxa de fecundidade no Brasil está no nível de reposição e provavelmente não voltará a patamares altos. Essa rápida transição demográfica, por sua vez, traz enormes desafios a serem enfrentados e novos contextos a serem considerados. Juntamente e, talvez, como consequência da redução da fecundidade, houve também uma mudança no paradigma que cercava as políticas de assistência à saúde da mulher. Antes, a atenção era voltada para o aspecto materno-infantil, sendo as ações prioritariamente relacionadas a essa esfera. Um novo paradigma, entretanto, introduziu outro aspecto, em que a prevenção passou a ser valorizada em detrimento de ações curativas. O poder público passou a investir, então, em programas direcionados para a assistência integral aos diversos aspectos da saúde feminina. Buscou-se não somente dar assistência à maternidade, como também prevenir doenças, educar sexualmente e oferecer condições para uma vida saudável. Expandiu-se, assim, a área de atuação dos programas de saúde sexual e reprodutiva, de modo que a saúde da mulher passou a ser vista além da gravidez, parto e puerpério (OSIS, 1998).

O objetivo desse trabalho é, dado o contexto de transição demográfica, discutir em que medida a mudança da estrutura etária e suas decorrências afetam o provimento de serviços públicos de saúde. Mais especificamente, quer-se discutir as implicações do envelhecimento e da feminização da população, da transição epidemiológica e da queda da fecundidade no oferecimento e/ou replanejamento das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Nesse sentido, a análise se voltará para a influência desses fatores em uma ação específica do Governo Federal, o *Programa Nacional de Controle do Câncer do Útero e da Mama – Viva Mulher*, o qual tem por objetivo garantir à mulher meios de se prevenir, através da realização de exames preventivos, e se tratar, caso necessário, de uma das principais causas de morte entre as mulheres: os cânceres de mama e de colo do útero.

Essa análise torna-se importante no contexto da transição demográfica. A queda de fecundidade e o envelhecimento da população afetam não só a composição etária da população, mas demandam uma atenção especial às novas necessidades que estão surgindo: as

---

<sup>1</sup> Mestranda em Demografia pelo Cedeplar/UFMG.

políticas públicas precisarão mudar seu foco, uma vez que novos padrões econômicos, sociais, culturais e mesmo epidemiológicos surgirão. Estima-se que, atualmente, há um grande número de mulheres entrando nas faixas etárias de maior risco no que diz respeito ao câncer. Isso implica que um maior número de mulheres precisará realizar os exames preventivos e, conseqüentemente, é provável que mais mulheres necessitem de tratamento. Ademais, o processo de envelhecimento da população já está induzindo um inchaço populacional nas idades mais avançadas, composta em sua maioria de mulheres. Ou seja, o acompanhamento preventivo do câncer demandaria um período mais longo. A queda da fecundidade, como destacado, implica ainda em um menor número de crianças nascendo, isto é, futuramente, menos pessoas economicamente ativas estarão no mercado de trabalho formal e, por conseguinte, menor será o montante da contribuição arrecadado pelo governo, criando empelhos para o sustento dos gastos públicos com saúde.

Acredita-se, desse modo, que a tendência demográfica que se segue causará um aumento progressivo na demanda por exames preventivos a serem realizados, bem como no número de tratamentos e, conseqüentemente, nos custos que deverão ser cobertos pelo governo. O SUS deverá, então, ser capaz de abarcar as novas demandas e, o Governo Federal, arcar com os novos custos que se seguirão.

Destarte, discutir-se-á a seguinte questão: *como a tendência demográfica que se apresenta impacta o Sistema Único de Saúde, no que tange à realização e financiamento dos exames preventivos do câncer de colo de útero e mama e ao tratamento dessas doenças, oferecidos por meio do Programa Viva Mulher, no estado de Minas Gerais?*

### **O Programa Viva Mulher na atual dinâmica demográfica**

O envelhecimento da estrutura etária, ocasionado pela transição demográfica, traz conseqüências que devem ser consideradas na concepção de políticas que envolvem a saúde da mulher. A feminização da população, a transição epidemiológica, a queda da fecundidade e o novo paradigma da prevenção caracterizam o contexto em que as políticas irão se inserir e com o qual elas deverão lidar de forma a abrandar suas principais conseqüências.

O crescente número de doenças crônico-degenerativas, devido à transição epidemiológica, deverá atingir, por causa da feminização da população em idades avançadas, maior número de mulheres. Já hoje é grande a quantidade de mulheres que sofrem com tais doenças, em especial o câncer. No estado de Minas Gerais, a estimativa, para 2008, foi de 4.280 novos casos de câncer de mama e uma taxa bruta de incidência de 42,46 para cada 100 mil mulheres e 1.360 novos casos de câncer de colo do útero, com uma taxa bruta de incidência de 13,48 para cada 100 mil mulheres (INCA, 2007). Um estudo sobre o perfil de mortalidade dos brasileiros demonstrou que o câncer foi o responsável, em 2005, pela maior parte das mortes entre as mulheres em idade reprodutiva (10 a 59 anos): passou de 20,7% dos óbitos em 2000 para 23% em 2005, superando, nessa faixa etária, as doenças do aparelho circulatório, antes a principal causa. Os cânceres de mama e colo de útero foram apontados como os principais tipos de neoplasias que vitimam mulheres, de modo que o câncer de mama aparece como a nona principal causa de morte entre as mulheres de todas as faixas etárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Desse modo, a realização dos exames de mama (exame clínico e mamografia) e de útero (exame citopatológico, conhecido como Papanicolaou) é a principal forma de prevenção, uma vez que o diagnóstico precoce permite um tratamento mais efetivo e garante uma melhor qualidade de vida. O Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), desenvolve o *Programa Nacional de*

*Controle do Câncer do Útero e da Mama – Viva Mulher*, o qual se destina justamente a desenvolver estratégias para prevenção e tratamento dos cânceres de mama e útero. São ofertados serviços de precaução e detecção precoce em estágios iniciais da doença, bem como tratamento e reabilitação, para mulheres acima de 25 anos, em todo o território nacional e custeado pelo Governo Federal. O objetivo do *Viva Mulher* é fornecer os meios para as mulheres realizarem os exames preventivos e, caso seja detectada a doença, se tratarem adequadamente de modo a alcançar a cura. As mulheres que apresentam alteração no resultado dos exames são encaminhadas para a realização de exames mais acurados e, se necessário, são operadas e recebem o tratamento necessário para a cura. Além das consequências físicas da doença, também propõe cuidar das repercussões psíquicas e sociais desses cânceres, estimulando a própria mulher a cuidar de sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A ideia inicial do programa surgiu em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher<sup>2</sup>, realizada na China pela Organização das Nações Unidas, quando o Governo Federal Brasileiro reconheceu a necessidade de uma estratégia nacional que mitigasse os efeitos do câncer sobre os índices de mortalidade entre as mulheres. Isso porque se observou que apenas os exames ginecológicos de rotina não eram suficientes para detectar a presença de tais doenças e alterar o padrão de mortalidade. Assim, em 1997, foi instituído o *Projeto Piloto Viva Mulher*, o qual visava o controle apenas do câncer de colo do útero em seis localidades: Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e em todo o estado de Sergipe. A experiência do projeto piloto levou à expansão do *Viva Mulher* a todo território nacional em 1998, a chamada Fase de Intensificação. Esse foi um período de estruturação de uma rede assistencial, de sistemas de informações e de mobilização das mulheres, além das competências das esferas de governo. O processo de estruturação conduziu à Fase de Consolidação, no ano de 1999, havendo a inclusão de ações para controle do câncer de mama no ano 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Em Minas Gerais, foi implantado, em 1998, o *Programa Viva Mulher* buscando justamente reduzir os índices de mortalidade por câncer de mama e de útero. Esse programa torna-se extremamente relevante na medida em que é crescente o número de casos desses cânceres e que a única forma de diminuir os óbitos é a feitura dos exames preventivos, de forma que seja possível detectá-lo em um estágio inicial e alcançar a cura.

A mortalidade por câncer de mama e de útero é, pois, um grande desafio a ser enfrentado pelas ações dirigidas à saúde da mulher. O câncer de mama apresenta, no país, incidência crescente na faixa etária acima de 50 anos. O câncer de útero, por sua vez, apresenta seus níveis mais altos ao longo de uma faixa que abrange as idades de 40 e 60 anos. Esses dados são importantes na medida em que apontam que, na conjuntura demográfica atual, é preocupante que se tenha cada vez mais mulheres entrando nas faixas etárias de risco do câncer. Com o aumento da longevidade e o envelhecimento, é esperado que um grande contingente de mulheres alcance as faixas etárias acima de 30 anos e sobreviva além de 80 anos. O que se tem hoje já é um grande número de mulheres nesses grupos, fato que explica, em parte, o crescimento exacerbado no número de óbitos por neoplasia na mama e no colo do útero: como a quantidade de mulheres atingindo as faixas etárias mais avançadas hoje é muito

---

<sup>2</sup> A IV Conferência de Pequim foi uma ratificação do que fora proposto na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, ocorrida em 1994. Essas conferências foram de extrema importância na medida em que chamaram a atenção da comunidade internacional para três temas: direitos reprodutivos, empowerment das mulheres e saúde sexual e reprodutiva (GALVÃO, 1999).

maior que na década de 90, é esperado que uma maior parte delas apresente a doença – de fato, por se tratar de uma doença crônico-degenerativa, tende a acometer os mais idosos.

Wong et al. (2007) demonstram como os grupos etários entre 25 e 69 anos, público-alvo do *Programa Viva Mulher*, apresentarão uma taxa de crescimento maior que os menores de 25 anos. Já no quinquênio de 2000 a 2005 foi observado crescimento negativo nas faixas etárias entre 10 e 19 anos. A partir do quinquênio 2010-2015, a faixa entre 0 e 4 anos apresentará crescimento negativo e, a cada quinquênio, a faixa etária sucessiva também terá seu montante populacional diminuído, de modo que em 2050, todos os grupos etários entre 0 e 24 anos crescerão negativamente. Nas faixas de idade entre 25 e 59 anos, o crescimento será positivo na maior parte dos anos entre 2000 e 2050, apresentando baixo crescimento negativo em alguns quinquênios. No entanto, entre a população acima de 60 anos, desde 2000 só são registrados índices de crescimento positivo, fato que se manterá até 2050. Interessante constatar que, a cada quinquênio, o crescimento da população idosa será bastante significativo, de forma que “o acréscimo será, provavelmente, de mais de 550 mil idosos, no primeiro quartel do século XXI, e superará a casa de um milhão, entre 2025 e 2050” (WONG et al., 2007, p.10).

Reside, aí, a importância de um programa com o escopo do *Viva Mulher*. A atenção preventiva, por meio da realização dos exames, é a única forma de impedir que o câncer chegue a um estágio em que não se tem tratamento, causando imenso sofrimento e mal-estar não só para a doente, como para a família. É garantir maior qualidade de vida para uma população que já sofre com problemas inerentes à velhice. Sua continuidade, todavia, é um desafio para as finanças públicas. Com o envelhecimento e a feminização, mais mulheres alcançarão as faixas etárias de risco às neoplasias, de forma que o número de exames também crescerá, impactando o financiamento dos mesmos. Esse aumento, todavia, passa ainda pela educação e conscientização das próprias mulheres para a importância da prevenção. Por outro lado, a TEE levará à diminuição da população jovem, de modo que a arrecadação também pode se tornar menor, repercutindo sobre o financiamento. Desse modo, o aproveitamento da janela de oportunidade se faz indispensável.

O *Programa Viva Mulher*, como um programa do Governo Federal, integra a rede de assistência firmada pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Desse modo, os recursos para seu funcionamento dependem da transferência federal para o setor saúde e do setor saúde para os programas. Na medida em que, futuramente, parte da arrecadação sofrerá queda, devido à diminuição da PEA, é preciso repensar as estratégias de manutenção do *Viva Mulher*. Se a TEE acarretará uma maior proporção de idosos, em especial do sexo feminino, é necessário que um programa de prevenção a doenças crônico-degenerativas, como o câncer, seja mantido.

## **O Quadro Atual: um estudo acerca do estado de Minas Gerais**

Para melhor visualizar a importância de uma política pública que promova a feitura de exames preventivos ao câncer de mama e de colo do útero, foi criado, para este trabalho, um *Índice de Prevenção ao Câncer (IPC)* no estado de Minas Gerais. O objetivo desse índice é apurar em que medida as mulheres estão realizando os exames através do SUS, acompanhando seu desenvolvimento dentro de um intervalo temporal, bem como apontar a eficiência do programa em reduzir a mortalidade por câncer – deduzindo-se que, se há aumento no índice com o passar dos anos, pode-se dizer que mais mulheres estão fazendo os exames; logo, mais mulheres descobrirão a tempo a doença e se curarão, diminuindo os óbitos.

A tabela T.1 apresenta os dados absolutos sobre a população feminina entre 25 e 59 anos e 25 e 69, que dependeria do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, entre os anos de 2000 e 2007, e a feitura dos exames preventivos às neoplasias de mama e de colo do útero. Através desses dados, foram calculados os *Índices de Prevenção ao Câncer*, sendo esse a razão entre a população feminina que fez os exames pelo *Programa Viva Mulher* e a população feminina usuária do SUS, na faixa etária atendida pelo programa.

A população SUS-dependente foi calculada com base nos achados do trabalho de Ribeiro (2005) acerca da utilização dos serviços de saúde por plano ou seguro de saúde. A proporção de mulheres SUS-dependentes entre 25 e 59 anos, em 2003, era de 74,83% em relação a população feminina total, enquanto a SUS-dependente entre 25 e 69 anos era de 74,87%. Para o cálculo da população de mulheres dependente dos serviços do SUS para os outros anos, assumiu-se que essa proporção se manteve constante no período estudado.

É sabido que a recomendação em relação à periodicidade varia de acordo com a idade e o histórico da mulher. Deve-se destacar que há uma grande discussão, mesmo internacionalmente, em relação à idade limite para início e fim da realização do exame, bem como da periodicidade em cada idade. No Brasil, para mulheres jovens (acima de 25 anos) e com baixo risco, a mamografia é recomendada a cada dois ou três anos. Para as mulheres acima de 35 anos e/ou com elevado risco<sup>3</sup> de desenvolver neoplasia, no entanto, é recomendável o exame anual. Aquelas entre 50 e 69 anos podem realizá-los até bienalmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Para a realização do Papanicolaou, recomenda-se que toda mulher que tenha atividade sexual faça o exame, especialmente aquelas na faixa entre 25 e 59 anos. Inicialmente, um exame deve ser feito a cada ano e, caso dois exames seguidos apresentarem resultado normal, em um intervalo de um ano, o exame pode passar a ser feito a cada três anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nesse sentido, a tabela traz o Índice de Prevenção ao Câncer considerando que os exames são realizados, em média, a cada dois anos. Acredita-se que, desse modo, estará se incluindo no IPC, além das mulheres que efetivamente realizaram os exames, aquelas que não o realizaram por estarem nessa margem – e que, portanto, estão entre a população feminina que se previne.

---

<sup>3</sup> “São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

**T.1 – Realização dos Exames Preventivos e Índice de Prevenção ao Câncer entre mulheres SUS dependentes – Minas Gerais, 2000-2007**

Anos	População Feminina Dependente do SUS – MG <sup>1</sup>		Exames Preventivos Realizados pelo <i>Viva Mulher</i> <sup>2</sup>		Índice de Prevenção ao Câncer (%)	
	25-69 anos	25-59 anos	Mamografia	Citopatológico (Papanicolaou)	Mama <sup>3</sup>	Colo do Útero <sup>4</sup>
2000	3.280.023	2.909.659	–	555.630	–	38.2
2001	3.361.802	2.978.659	–	622.757	–	41.8
2002	3.443.582	3.047.659	–	920.188	–	60.4
2003	3.525.361	3.116.660	–	746.876	–	48.0
2004	3.607.140	3.185.660	263.228	797.078	14.6	50.0
2005	3.662.571	3.254.660	284.793	863.555	15.6	53.0
2006	3.744.350	3.323.660	318.760	910.822	17.0	54.8
2007	3.826.129	3.392.660	347.269	974.346	18.2	57.4

<sup>1</sup>Calculada a partir das proporções de população SUS-dependente, estimadas por Ribeiro (2005), aplicadas às estimativas da população do CEDEPLAR (2006)

<sup>2</sup>Fonte: [www.mg.vivamulher.com.br](http://www.mg.vivamulher.com.br)

<sup>3</sup>Mulheres que realizaram mamografia no ano x/pop. feminina SUS-dependente entre 25 e 69 anos \*100/0,5

<sup>4</sup>Mulheres que realizaram exame citopatológico no ano x/pop. feminina SUS-dependente entre 25 e 59 anos \*100/0,5

As informações contidas na tabela deixam claro uma grande evolução na cobertura dos exames. O Índice de Prevenção ao Câncer de Mama teve aumento progressivo no intervalo analisado, crescendo quase 25% em 4 anos. O Índice de Prevenção ao Câncer de Colo do Útero, por sua vez, aumentou consideravelmente entre os anos 2000 e 2007, crescendo aproximadamente 50%.

Conclui-se, portanto, que é crescente o número de mulheres que vem realizando os exames. O aumento nos índices mostra que é cada vez maior a quantidade de exames feitos pelo *Viva Mulher*, de modo que esse programa aproxima-se do seu objetivo de oferecer exames para uma porção cada vez maior de mulheres. Deve-se ressaltar, no entanto, que não é possível atribuir – empiricamente – ao programa o papel principal no aumento do número de exames, uma vez que não há disponibilidade suficiente de dados sobre os mesmos antes da criação do *Viva Mulher*.

Ainda que os índices venham progredindo, é pequeno o número de mulheres que se submetem à mamografia e ao exame citopatológico. Pensar que, em 2007, de cada 100 mulheres, 57 tinham feito o Papanicolaou e apenas 18 fizeram mamografia, é preocupante. Se tais exames são oferecidos pelo SUS, poderia ser maior a proporção de mulheres fazendo-os,

principalmente porque, com a tendência demográfica atual, mais mulheres estão entrando nas faixas etárias de risco. Todavia, é bastante provável que essa proporção seja maior, posto que esse índice está referido aos exames feitos por meio do *Viva Mulher* e não inclui as mulheres que os fizeram através do sistema privado de saúde. Como já exposto, o setor privado engloba um número bastante grande de usuários – em Minas Gerais, no ano 2003, a proporção de mulheres entre 25 e 69<sup>4</sup> anos com plano de saúde chegava a 31%, a mesma observada entre as de 25 e 59<sup>5</sup> anos, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Das mulheres com plano de saúde, 43,3% haviam feito mamografia há menos de um ano e 35,6% nunca haviam feito. Já o Papanicolaou foi realizado há menos de três anos por 85,2% da população feminina com plano de saúde e 8,4% nunca o fizera.

Ainda segundo os dados da PNAD, tomando-se o universo das mulheres que não possuíam plano de saúde (69%) em 2003, 64,2% nunca tinham feito mamografia e 25% nunca haviam feito o exame citopatológico. Apenas 18,3% tinham realizado a mamografia há menos de um ano e 25% haviam realizado o Papanicolaou há menos de três anos.

De maneira geral, considerando-se a população feminina independentemente da posse ou não de plano de saúde, a maior parte das mulheres entre 25 e 69 anos, 55,4%, nunca havia realizado mamografia, enquanto as que fizeram há menos de um ano atingem 26%, em Minas Gerais. Analisando-se por faixa etária, tem-se uma correlação negativa entre idade e feitura do exame: quanto mais jovem, menor é a proporção que fez a mamografia. Somente nas faixas etárias entre 45 e 54 anos é que se observa a maioria das mulheres realizando exames a cada ano, porém, mesmo nesse caso, a diferença em relação às mulheres na mesma idade que nunca realizaram é pequena. Interessante notar que nas idades em que se observa maior taxa de mortalidade (entre 50 e 64 anos), é grande o número de mulheres que nunca realizaram uma mamografia.

A PNAD mostra ainda que o exame preventivo de câncer de colo de útero, por outro lado, foi realizado a menos de três anos pela maior parte das mulheres – cerca de 72% da população feminina entre 25 e 59 anos. Entretanto, a correlação entre idade e realização do Papanicolaou é inversa à da mamografia: é entre as faixas etárias mais jovens que se concentra a maior realização de exames. Já a proporção de mulheres que nunca realizou o Papanicolaou foi de aproximadamente 20% (ANEXO B).

O que se pode concluir, através dessas informações, é que a maior parte das mulheres que não realizam os exames preventivos são aquelas que dependem do SUS. Não se pode desmerecer, contudo, a efetividade do programa. O aumento no IPC, por si só, já demonstra quão significativa é a existência de uma ação como essa. Isso porque indica que, se o IPC está aumentando, conseqüentemente, menos mulheres passarão pelo doloroso processo acarretado pelo câncer e terão aumentadas sua qualidade de vida. Para superar a baixa quantidade de mulheres utilizando o SUS para realizar os exames, talvez sejam necessárias mais (ou melhores) estratégias de divulgação do *Viva Mulher*, bem como campanhas de educação e conscientização acerca das neoplasias de mama e colo do útero.

Isso porque, se o Brasil está dentro das recomendações internacionais, ofertando exames para as idades consideradas de maior risco – e até para aquelas em que o risco é menor – cabe também serem traçadas estratégias de mobilização para a realização dos exames preventivos, de modo a esclarecer a importância de tais exames frente à crescente mortalidade por neoplasia. Ainda hoje é comum a resistência em realizar tanto a mamografia quanto o exame citopatológico, por se tratarem de exames realizados nas partes íntimas das mulheres.

---

<sup>4</sup> As mulheres entre 25 e 69 anos representavam 52% da população feminina de Minas Gerais em 2003.

<sup>5</sup> As mulheres entre 25 e 59 anos representavam 46% da população feminina de Minas Gerais em 2003.



Devido ao medo, aos tabus e mesmo à desinformação, muitas mulheres deixam de fazê-los, sem mensurarem o risco, e acabam por descobrir a doença tardiamente, quando não há mais tratamento e as conseqüências são irreversíveis. Nesse sentido, paralelo à oferta dos exames, deve haver um movimento de conscientização, educação e informação das mulheres sobre a relevância da prevenção, para que essas também cumpram seu papel na realização dos exames e na conseqüente redução da mortalidade.

Não se deve esquecer, ainda, que se o Índice de Prevenção cresce, crescem também os custos de financiamento do programa, visto que mais mulheres estariam fazendo os exames e, dessas, mais algumas precisariam de acompanhamento e tratamento mais prolongado. Como bem avaliam Zeferino e Galvão (1999), nas faixas etárias jovens (até 35 anos), a incidência de câncer é bastante baixa, de forma que, para haver um impacto significativo na redução da mortalidade e da morbidade, a prevenção deve se estender às faixas etárias mais avançadas. A TEE, com o resultante envelhecimento da população e feminização da mesma, promove o aumento de mulheres nas faixas etárias de risco ao câncer, o que implica em mais exames sendo realizados.

Assim, mais uma vez se chama atenção para a necessidade de remanejar os gastos e os recursos repassados para a área de saúde e para seus programas, de forma que programas de grande relevância como o *Viva Mulher* tenham continuidade e prossigam auxiliando milhares de usuários que dependem do SUS. O item a seguir apresenta projeções para o quadro da saúde feminina nos próximos anos, no que se refere ao *Viva Mulher* e à realização dos exames preventivos, de modo a traçar quais serão as novas demandas por atendimento e as conseqüências no provimento de recursos, para o SUS.

## O Quadro Futuro

Foi demonstrado em que medida as mulheres no estado de Minas Gerais estão realizando os exames preventivos do câncer de mama e de colo do útero. O que se tem é um Índice de Prevenção crescente, indicando que cada vez mais mulheres SUS-dependentes, entre 25 e 59/69 anos, estão fazendo a mamografia e o exame citopatológico. Não obstante o crescimento, ainda é baixo o número de mulheres que os fazem.

Nesse sentido, será projetado, para os anos de 2010, 2015 e 2020, o Índice de Prevenção ao Câncer para Minas Gerais, de modo a se estimar como se dará o comportamento das mulheres em relação à feitura dos exames. A partir desses dados, será possível, portanto, fazer inferências sobre como deveriam atuar os promotores de políticas públicas, tendo em vista a continuidade do oferecimento dos exames preventivos bem como a ampliação da cobertura, buscando englobar a totalidade da população feminina que precisa fazer os exames.

Para tanto, serão criados três cenários, cada um ilustrando uma possível realidade para a qual caminhará a realização dos exames. A população SUS-dependente, para todos os cenários, foi calculada com base nos mesmos pressupostos expostos no capítulo IV – a proporção de mulheres dependentes do SUS foi considerada como constante, de modo que a proporção encontrada em 2003 (74,83% para a população feminina entre 25 e 59 anos e 74,87% para aquela entre 25 e 69 anos) foi replicada para a população projetada<sup>6</sup> dos anos em estudo.

---

<sup>6</sup> População projetada dos anos de 2010, 2015 e 2020. Fonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG/Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome - Estimativas feitas para o projeto “Programa de Benefícios de Prestação Continuada (BPC)”, 2006.

### ***Cenário 1: número de exames constantes***

O primeiro cenário possível pressupõe que a capacidade instaurada de realização dos exames não sofrerá alterações. Desse modo, assumir-se-á que o número total de exames feitos em 2007 será o mesmo para os demais anos. Esse quadro pode se dar, por exemplo, caso o governo não conceda mais recursos além dos que já destina ao *Programa Viva Mulher*, de modo que a quantidade de exames também se tornará constante. A tabela T.2 ilustra esse cenário.

**T.2 – Índice de Prevenção ao Câncer, mantendo-se constante o número de exames preventivos registrados em 2007 – Minas Gerais, 2010-2020**

Anos	População Feminina Dependente do SUS – MG <sup>1</sup>		Exames Preventivos Realizados pelo <i>Viva Mulher</i> <sup>2</sup>		Índice de Prevenção ao Câncer (%)	
	25-69 anos	25-59 anos	Mamografia	Citopatológico (Papanicolaou)	Mama <sup>3</sup>	Colo do Útero <sup>4</sup>
2007	3.392.660	3.826.129	347.269	974.346	18.2	57.4
2010	4.091.919	3.620.818	347.269	974.346	17.0	53.8
2015	4.470.423	3.895.519	347.269	974.346	15.5	50.0
2020	4.767.949	4.066.776	347.269	974.346	14.6	48.0

<sup>1</sup>Calculada a partir das proporções de população SUS-dependente, estimadas por Ribeiro (2005), aplicadas às estimativas da população do CEDEPLAR (2006)

<sup>2</sup>Fonte: [www.mg.vivamulher.com.br](http://www.mg.vivamulher.com.br) (para o ano de 2007)

<sup>3</sup>Mulheres que realizaram mamografia no ano x/pop. feminina SUS-dependente entre 25 e 69 anos \*100/0,5

<sup>4</sup>Mulheres que realizaram exame citopatológico no ano x/pop. feminina SUS-dependente entre 25 e 59 anos \*100/0,5

A população feminina, como já demonstrado, continuará a crescer. Mais mulheres, nesse sentido, teriam que realizar os exames. O Índice de Prevenção ao Câncer, por outro lado, decrescerá, visto a manutenção da capacidade instaurada de exames em detrimento ao aumento do contingente de mulheres dependentes.

O objetivo desse cenário é demonstrar as conseqüências de uma falta de incentivo (tanto financeiro como estrutural) do governo em relação à prevenção de uma das principais causas de morte dessa faixa etária. O que se tem, desse modo, é a diminuição do índice, o que acarretará em menos mulheres diagnosticando precocemente a doença e, conseqüentemente, haverá um aumento na taxa de mortalidade por neoplasia na mama e no colo do útero.

A manutenção do número de exames encerra, por si só, um cenário negativo, uma vez que, mesmo sem mudanças, haveria um deterioro na situação da saúde da mulher. Mantendo-se a atual estrutura, em 2050 os níveis de cobertura retrocederiam a patamares menores que os atualmente atingidos. Imaginar que, não obstante o crescimento da população feminina nos grupos etários de risco ao câncer, a capacidade de realização de exames não será modificada, já é um grande retrocesso nas conquistas das atuais políticas do governo.

## ***Cenário 2: cobertura de exames ideal***

Um segundo cenário pode ser alcançado futuramente. Tal quadro reflete um aumento no Índice de Prevenção ao Câncer, de modo que esse atinja 100% de cobertura. É o cenário ideal, em que todas as mulheres nas faixas etárias atendidas pelo programa e usuárias do SUS realizariam os exames preventivos.

A tabela T.3 retrata como seria o novo contexto. Foi considerado um IPC de 100%, ou seja, será calculado o número de exames que deveriam ser feitos, considerando-se que esses são feitos a cada dois anos, para que se alcançasse, em 2010, 2015 ou 2020, a cobertura total das mulheres entre 25 e 59 anos, no que concerne aos exames citopatológicos, e das mulheres entre 25 e 69 anos, em referência às mamografias.

**T.3 – Projeção dos Exames Preventivos realizados pelo *Viva Mulher*, supondo-se a cobertura total das mulheres SUS-dependentes – Minas Gerais, 2010-2020**

Anos	População Feminina Dependente do SUS – MG <sup>1</sup>		Exames Preventivos Realizados pelo <i>Viva Mulher</i>		Índice de Prevenção ao Câncer (%)	
	25-69 anos	25-59 anos	Mamografia	Citopatológico (Papanicolaou)	Mama	Colo do Útero
2010	4.091.919	3.620.818	2.045.960	1.810.409	100	100
2015	4.470.423	3.895.519	2.235.212	1.947.760	100	100
2020	4.767.949	4.066.776	2.383.975	2.033.388	100	100

<sup>1</sup>Calculada a partir da proporção de população SUS-dependente, estimadas por Ribeiro (2005), as quais foram aplicadas às estimativas da população de CEDEPLAR (2006)

O que se vê, desse modo, é um aumento significativo no número de exames, correspondente à metade da população feminina SUS-dependente entre 25 e 59/69 anos. Trata-se de um cenário ideal, o qual, para ser alcançado, exigiria grandes esforços por parte do governo, uma vez que dependeria da liberação de muito mais recursos, além da ampliação da infra-estrutura de atendimento. De 2007 para 2010, o número de exames teria que aumentar aproximadamente seis vezes para atingir toda a população, enquanto os exames citopatológicos deveriam dobrar.

Da mesma forma, campanhas de conscientização e mobilização também seriam necessárias para que todas as mulheres soubessem da importância da prevenção e, portanto, se submetessem ao exame – fato que demanda também um esforço das próprias mulheres, pois de nada adiantaria aumentar a oferta sem que haja uma demanda no mesmo sentido.

Ou seja, transformações radicais deveriam ser implementadas, em um curto prazo, para que todas as mulheres pudessem ser atendidas pelo *Programa Viva Mulher*. Precisaria haver, assim, uma grande reestruturação em diversos aspectos, tanto pelo governo quanto pela

própria sociedade. Em que pesem os esforços já realizados, estes fatos revelam o grande abismo entre a situação atual e a ideal.

**Cenário 3: número de exames crescente**

O terceiro cenário possível vislumbra um quadro positivo em relação ao número de exames que seria realizado por meio do *Viva Mulher*. Trata-se de um aumento no número de exames, atingindo, a cada ano, um patamar mais elevado. Considerou-se, para fins de análise, que o aumento se deu em uma proporção constante, equivalente a 10% ao ano. Essa taxa foi estipulada tendo-se como base o aumento observado entre os anos de 2000 e 2007, tanto no número de mamografias quanto no de exames citopatológicos. Durante esses anos, o crescimento foi de aproximadamente 10% a cada ano, de modo que se pressupôs que, no período futuro, o aumento se manterá estável a esse nível. Assim, de 2007 para 2010 supôs-se um aumento de 30% e, a cada quinquênio analisado, foi suposto um aumento de 50% no número de exames. A tabela T.4 demonstra tal cenário.

**T.4 – Índice de Prevenção ao Câncer, mantendo-se constante o aumento no número de exames preventivos entre mulheres SUS- dependentes – Minas Gerais, 2010-2020**

Anos	População Feminina Dependente do SUS – MG <sup>1</sup>		Exames Preventivos Realizados pelo <i>Viva Mulher</i> <sup>2</sup>		Índice de Prevenção ao Câncer (%)	
	25-69 anos	25-59 anos	Mamografia	Citopatológico (Papanicolaou)	Mama <sup>3</sup>	Colo do Útero <sup>4</sup>
2010	4.091.919	3.620.818	451.450	1.266.650	22,1	70,0
2015	4.470.423	3.895.519	677.175	1.899.975	30,3	97,5
2020	4.767.949	4.066.776	1.015.762	(2.849.962)	42,6	(140,2)

<sup>1</sup>Calculada a partir das proporções de população SUS-dependente, estimadas por Ribeiro (2005), aplicadas às estimativas da população do CEDEPLAR (2006)

<sup>2</sup>Calculado através da aplicação da taxa de 10% de crescimento, a cada ano, ao número de exames realizados em 2007.

<sup>3</sup>Mulheres que realizaram mamografia/pop. feminina SUS-dependente entre 25 e 59 anos \*100/0,5

<sup>4</sup>Mulheres que realizaram exame citopatológico/pop. feminina SUS-dependente entre 25 e 59 anos \*100/0,5

O cenário projetado revela também um resultado positivo. Observando-se o Índice de Prevenção ao Câncer, o que se tem é um aumento substantivo a cada ano. Em relação ao câncer de mama, em 2020 se teria quase 50% de cobertura da população feminina, na faixa entre 25 e 69 anos, para realização da mamografia. O índice para o câncer de colo do útero, por sua vez, traz resultados ainda mais animadores. Já em 2010 a cobertura dos exames chegaria a 70% da população feminina, considerando-se a realização bienal dos mesmos, sendo que, em 2015, todas as mulheres poderiam ser atendidas.

O aumento de 10%, por ano, na quantidade de exames preventivos realizados, portanto, traz grandes benefícios no que diz respeito à saúde da mulher. No caso da prevenção do câncer de mama, no entanto, aumentos da ordem de 10%, embora desejáveis e louváveis, são insuficientes para atingir 100% de cobertura no curto ou médio prazos. Um crescimento

no número de mulheres podendo ser atendidas pelo *Viva Mulher*, por meio de um aumento relativamente pequeno a cada ano, em todo caso, é uma opção ótima tanto em termos de melhoria na atenção à saúde da mulher quanto de financiamento por parte do governo. Isso porque, tratando-se de um crescimento progressivo, torna-se possível um planejamento, por parte do governo, no que concerne aos seus gastos, de modo se possa lidar com as conseqüências da transição demográfica de forma deliberada, sem prejudicar, pois, a oferta de serviços de saúde.

Os cenários supra descritos são projeções acerca do que poderia acontecer com a realização dos exames preventivos das neoplasias de mama e de colo do útero. Trata-se de contextos diferentes, os quais causariam impactos variados em termos de financiamento, de replanejamento governamental e, ainda, de perspectivas a respeito de políticas públicas – como o *Programa Viva Mulher* – frente à transição demográfica.

Caso o número de exames se mantivesse constante, as conseqüências seriam um retrocesso em detrimento às conquistas alcançadas. Atualmente, o crescimento da quantidade de exames preventivos realizados aponta para uma melhoria na condição de vida das mulheres, uma vez que possibilita a descoberta precoce de uma doença em que tal fato aumenta enormemente as chances de cura. Se menos exames são realizados, menos mulheres terão possibilidade de tratamento efetivo.

Como já foi dito, a transição da estrutura etária acarretará em um inchaço da população feminina na faixa etária de maior incidência do câncer (após os 35 anos) e, com o envelhecimento, a morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas – como as neoplasias – tende a crescer. Nesse sentido, a demanda pelos preventivos também se tornará maior, bem como é provável que mais mulheres descubram a doença ainda em um estágio em que a cura é possível. Se a oferta de exames, por sua vez, decrescer, a descoberta do câncer em estágios iniciais torna-se mais difícil e mais mulheres poderão morrer por tal causa. Caso esse cenário acabe por se tornar realidade, pensando tanto em recursos financeiros como em qualidade de vida, a perda seria muito grande.

Isso porque a prevenção é menos custosa que o tratamento e a cura, não só em termos monetários. A prevenção é certamente menos onerosa que as ações curativas, pois o custo dos exames preventivos é bem menor que o do tratamento do câncer. Sem a detecção precoce da doença, haverá necessidade de tratamentos mais delongados e, possivelmente, o gasto com internações e cirurgias será maior. Além disso, o custo físico e psicológico da realização dos preventivos é provavelmente menor que descobrir uma doença como o câncer e, ainda, passar por um tratamento desgastante como o necessário para tal doença.

O cenário ideal, em que todas as mulheres realizariam os exames, é, com certeza, o mais almejado, visto que todas teriam maiores possibilidades de diagnosticar e, conseqüentemente, mais chances de se curarem da neoplasia. Não obstante ser um quadro difícil de ser alcançado a curto prazo, pois demanda esforços tanto do governo como da própria população feminina, essa deve ser a meta a se alcançar. Como foi visto, o cenário 3 demonstra ser possível, para o caso das neoplasias do colo uterino, atingir uma cobertura quase plena com pouco aumento anual no número de exames já ofertados, porém a longo prazo. Talvez seja possível um cenário híbrido para que também se atinja cobertura total para as neoplasias da mama, em que uma taxa maior que a de 10% seja acrescida ao número de exames a cada ano, de maneira que mudanças ocorram em menor tempo sem, contudo, causar impactos radicais, torne possível cobrir toda a população feminina dependente do *Viva Mulher* de forma menos custosa.

Isso porque os custos desses exames não podem ser desconsiderados. Como destacado, o financiamento do programa advém do Governo Federal, o qual, por sua vez, obtém os recursos majoritariamente das contribuições da população economicamente ativa. Um exame citopatológico custa, para o SUS, aproximadamente 6 reais<sup>7</sup>. Já a mamografia é um exame bem mais caro, custando cerca de 40 reais<sup>8</sup>. Em 2007, por exemplo, gastou-se R\$ 5.846.076,00 com Papanicolaou e R\$ 13.890.760,00 com mamografia só no estado de Minas Gerais.

Nesse sentido, deve-se pensar o impacto de um aumento no número de exames nos gastos públicos, uma vez que, com o envelhecimento e a queda da fecundidade, a população em idade de trabalhar diminuirá e a arrecadação será menor, bem como os gastos com a população idosa aumentará. Ademais, com a transição da estrutura etária, é esperado que um contingente maior de mulheres necessite fazer os exames. Ou seja, será preciso uma reestruturação dos gastos, de modo que a continuidade do programa seja possível e o acesso a uma política tão importante, dado o padrão de mortalidade, se estenda a uma parcela cada vez maior da população feminina. Se o governo não conseguir lidar com a nova situação ou não aproveitar a janela de oportunidade que se coloca, o retrocesso pode se tornar inevitável.

Dois movimentos, portanto, são imprescindíveis. Por parte do Estado, torna-se necessário um replanejamento de gastos com os exames, uma vez que a procura se tornará maior, assim como o fornecimento de uma melhor infra-estrutura, a qual seja capaz de atender a nova demanda, além de maior divulgação dos benefícios da descoberta precoce da doença e de uma política como o *Viva Mulher*. Por parte das mulheres, a participação maciça exigiria romper com tabus e com o desconhecimento, assim como vencer as dificuldades no acesso aos exames. Um aumento na oferta só se faz necessário se houver demanda; logo, cabe também às próprias mulheres se mobilizarem para fazer os exames, vencendo determinados preconceitos que ainda existem em torno dos exames preventivos, através da informação e da educação acerca dos benefícios e, ainda, da divulgação dessas informações em seu círculo social.

O que se tem, portanto, é que, qualquer que seja o cenário, será necessário lidar com as conseqüências da TTE, de modo a compatibilizar a transição demográfica com as novas necessidades na área da saúde das mulheres e as estruturas públicas disponíveis.

---

<sup>7</sup> A portaria número 36, de janeiro de 2008, estabeleceu: “Art. 1º - Alterar, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde - SUS, o valor do procedimento 02.03.01.001-9 - EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO VAGINAL / MICROFLORA para R\$ 5,77 (cinco reais e setenta e sete centavos)”. *Fonte:* <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-36.htm>, consultado em 10 de nov. 2008.

<sup>8</sup> O valor específico da mamografia não foi encontrado em nenhuma determinação do Governo. Entretanto, dividindo-se o número de procedimentos pelo total pago, encontrou-se o valor de 40 reais, bem como alguns estudos registram quantias semelhantes a essa. Ver, por exemplo, <http://olharvirtual.ufrj.br/pdf/olhar05.pdf>: “Se você considerar que, no país, se tem um milhão e meio de mulheres que fazem mamografia por ano pelo SUS, o custo disso é mais ou menos de 45 milhões de reais”; ou em <http://www.clicrbs.com.br/especial/rs/vidafeminina/noticia/detalhe/SUS-passa-a-oferecer-exames-preventivos-a-todas-as-mulheres.html>: “Em 2007, foram 166 mil exames pelo SUS, ao custo de R\$ 6,5 milhões”.

## Considerações Finais

Este trabalho teve por objetivo discutir os impactos da transição demográfica no Sistema Único de Saúde, no que concerne ao oferecimento dos serviços de saúde os quais atuam sobre a principal causa de morte entre as mulheres em idade fértil, as neoplasias ligadas ao aparelho reprodutivo. A análise se concentrou, desse modo, em uma política do governo, o *Programa Nacional de Controle do Câncer do Útero e da Mama – Viva Mulher*, o qual oferece – por meio do SUS – a realização dos exames preventivos do câncer de colo de útero e mama e tratamento dessas doenças.

A tendência demográfica brasileira atual revela um processo de envelhecimento da população, engendrado pela rápida queda da fecundidade e pelo aumento da esperança de vida. O envelhecimento da estrutura etária caracteriza-se, ainda, pela feminização da população e por uma alteração nos padrões de mortalidade, com o aumento do número de doenças crônico-degenerativas. Nesse sentido, dado tal cenário, a população feminina nas faixas etárias de risco ao câncer aumentará, bem como é provável que o mesmo aconteça com os casos da doença. Uma vez que o câncer de mama e de colo do útero são as neoplasias que mais vitimam mulheres, torna-se, portanto, de extrema importância uma política pública que forneça meios das mulheres realizarem os exames preventivos e, se necessário, se tratem e se curarem.

O aumento da população feminina nas faixas etárias de risco ao câncer, provocado pela TEE, por outro lado, demandará maior assistência a essas mulheres, tanto no que diz respeito a uma maior oferta de exames quanto de tratamentos. Ou seja, grandes impactos surgirão para o Estado, no que tange à concessão de infra-estrutura adequada e, especialmente, aos gastos públicos. A adequabilidade dos serviços oferecidos também deve ser considerada, pois ainda é comum que alguns exames não tenham a qualidade necessária, sendo preciso a repetição dos mesmos, o que acarreta elevação dos custos, por parte do governo, e mesmo desgaste emocional, por parte das mulheres.

Desse modo, delineando-se o quadro atual de realização de exames entre mulheres de 25 e 59/69 anos, por meio do *Viva Mulher*, para o estado de Minas Gerais, observou-se como tem caminhado a assistência à saúde da mulher, em relação a tais aspectos. O *Índice de Prevenção ao Câncer*, desenvolvido neste estudo, mostra uma evolução na quantidade de exames realizados, de forma que esse índice, o qual retrata a razão entre as mulheres que fizeram o exame e a população SUS-dependente na faixa etária atendida pelo *Viva Mulher*, tornou-se maior com o passar dos anos. Isso indica que, se mais mulheres estão realizando os exames preventivos, maior será a proporção que descobrirá precocemente a doença, sendo possível o tratamento e, conseqüentemente, a diminuição da mortalidade por neoplasia. No entanto, a proporção de mulheres fazendo os exames ainda é pequena, considerando-se a importância desses exames preventivos. Os resultados da PNAD 2003 corroboram essa constatação, observando-se que uma parcela considerável da população feminina nunca realizou os exames, em especial aquelas que dependem do SUS.

Se o quadro atual é de crescimento no número de mulheres atendidas pelo *Viva Mulher*, o quadro futuro pode ser uma continuidade ou mesmo uma inversão do que se tem hoje, o que representa um retrocesso nas conquistas já alcançadas. O caminho a ser seguido dependerá, sobremaneira, de como os tomadores de decisão escolherão lidar com as novas demandas impostas pela transição demográfica.

Por um lado, se o acesso aos exames for expandido, é esperado que menos mulheres sejam diagnosticadas tardiamente com a doença, de modo a possibilitar a cura e mesmo um

tratamento menos agressivo e, também, o decréscimo das taxas de mortalidade. Mas o aumento dos exames, por outro lado, requer um planejamento de gastos, visto que não são exames baratos e cujos custos, por conseguinte, tendem a aumentar. Nesse sentido, é de extrema importância que se aproveite a janela de oportunidade aberta atualmente. Ainda hoje se tem um grande contingente de pessoas em idade de trabalhar e contribuindo financeiramente, de forma que a arrecadação também é grande. Como a transição demográfica tem se dado de maneira acelerada, no entanto, é esperado que essa situação rapidamente se reverta e as alterações na estrutura etária sejam mais fortemente sentidas em pouco tempo. Faz-se necessário, então, que esse bônus demográfico seja aproveitado o quanto antes, visando um rearranjo dos gastos governamentais, para que políticas tão importantes como o *Viva Mulher* possam ser mantidas.

Entretanto, as ações em prol da prevenção ao câncer não dependem somente do Estado. Não há necessidade de ampliar a oferta de exames e criar infra-estrutura adequada se não houver conscientização, por parte das mulheres. É papel do Estado garantir informação e educação em relação à saúde da mulher, pois, como se sabe, muitas mulheres não realizam os preventivos por não saberem da sua importância, em especial aquelas pertencentes às camadas mais pobres da população e que, certamente, mais dependem do SUS. No entanto, cabe a elas também se mobilizar, vencer certos tabus que ainda existem e demandar os exames. As mulheres têm um papel de extrema importância na redução da mortalidade por uma das causas que mais óbitos promovem entre elas; devem, portanto, vigiar para que a oferta não diminua e manter a demanda em altos patamares.

O que se tem, desse modo, são duas possibilidades em relação a um contexto já presente. A transição demográfica encontra-se em um estágio bastante avançado e os efeitos na estrutura etária brasileira são perceptíveis: maior proporção de idosos, em sua maioria do sexo feminino; queda da fecundidade ao nível de reposição, com a conseqüente diminuição da população jovem. Todas essas alterações afetam profundamente a organização institucional hoje existente, com destaque para o setor de saúde. O crescimento do número de doenças crônico-degenerativas, a feminização da população idosa, entre a qual esse tipo de doença é mais comum, a diminuição da população trabalhando e da arrecadação tornam necessária uma reestruturação nas ações desenvolvidas.

A saúde da mulher, nesse âmbito, demanda especial atenção, bem como o financiamento das políticas. Dessa forma, aproveitar ou não a janela de oportunidade existente, continuar ou não com a política de prevenção ao câncer de mama e de colo do útero, são decisões de extrema importância, dada a transição demográfica. Esse trabalho procurou mostrar que é possível a manutenção do *Programa Viva Mulher* e de uma política de assistência à saúde da mulher, desde que haja conhecimento das implicações da transição demográfica e planejamento das ações, buscando compatibilizar financiamento das políticas e bem-estar da população.



## Referências Bibliográficas

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004. Disponível em [http://www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/PDF/ABEP2004\\_471.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_471.pdf), em consulta no dia 12 out. 2008.

CARVALHO, J.A.; GARCIA, Ricardo A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, volume 19, n. 3, pg.725-733, mai./jun. 2003

CEDEPLAR/ FACE/UFMG – Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome (2006). Brasil, regiões e UFs: Estimativa de população por sexo e idade - vários períodos - Resultados preliminares. Estimativas feitas para o projeto "Programa de Benefícios de Prestação Continuada (BPC)".

GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. Loren Galvão e Juan Díaz (Organizadores). São Paulo, Editora Hucitec – Population Council, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro, 2002.

MEDICI, André Cezar. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. In: Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. Loren Galvão e Juan Díaz (Organizadores). São Paulo, Editora Hucitec – Population Council, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2007 – uma análise da situação de saúde. Brasília, 2008. Disponível, em consulta no dia 10 nov. 2008, em [http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/coletiva\\_saude\\_061008.pdf](http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Diretrizes, Estratégias e Resultados, Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama. Rio de Janeiro: INCA, 2000. Disponível, em consulta no dia 12 out. 2008, em [http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva\\_mulher](http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Conhecendo o Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível, em consulta no dia 12 out. 2008, em [www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pagina%20cancer/mama/Conhecendo\\_o\\_viva\\_mulher\\_v\\_22\\_06\\_01.doc](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pagina%20cancer/mama/Conhecendo_o_viva_mulher_v_22_06_01.doc)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Viva Mulher. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível, em consulta no dia 31 out. 2008, em [http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva\\_mulher/manual](http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/manual)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Controle do câncer de mama. Documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>, em consulta no dia 23 nov. 2008.

OSIS, Maria José M. Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, volume 14, Suplemento 1, pg. 25-32, 1998.

RIBEIRO, Mirian Martins. Utilização de serviços de saúde no Brasil: uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde. Dissertação (mestrado) – Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman, Flavio Coelho Edler e Julio Manuel Suárez (Organizadores). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, São Paulo, v. 23, n. 1, pg. 5-26, jan./jun. 2006.

WONG, Laura L. Rodríguez; PERPÉTUO, Ignez H. Oliva. A fecundidade das Minas Gerais nos anos 90: estabilidade e convergência no nível de reposição. IX Seminário sobre a Economia Mineira, 2004. Disponível, em consulta no dia 12 out. 2008, em [http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario\\_diamantina/2000/LAURA.pdf](http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2000/LAURA.pdf).

ZEFERINO, Luíz; GALVÃO, Loren. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil? In: Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. Loren Galvão e Juan Díaz (Organizadores). São Paulo, Editora Hucitec – Population Council, 1999.