A Política Nacional de Atenção Oncológica no município de São Boja- RS: Limites e Possibilidades

Resumo: O presente estudo é um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: "A política de atendimento a usuários oncológicos sob a ótica do Serviço Social no município de São Borja- RS". A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde. O objetivo era identificar o acesso e a execução da Política Nacional de Atenção Oncológica- PNAO no biênio de 2012-2013. Para tal intento, o tipo de pesquisa adotada foi a bibliográfica e documental, aliada à pesquisa quantitativa e qualitativa, pois aqui compreendo que ambas se fundem na busca pelo conhecimento almejado nessa pesquisa. Adotou-se o método de apreensão e análise o materialista histórico dialético, compreendendo a categoria analítica de totalidade. A partir dos resultados foi possível detectar a não efetivação da PNAO no município, bem como apontar sugestões para futuros planejamentos na área da saúde, em especial na área oncológica.

Palavras Chave: Política Pública de Saúde- Câncer- São Borja

INTRODUÇÃO

Remetendo a termos históricos, a luta contra o câncer no Brasil, iniciou-se incorporado ao movimento de combate e controle sobre as doenças epidêmicas, através da vigilância sanitária e controle dos portos. Neste contexto, o câncer alterou o perfil de adoecimento populacional, sua mortalidade aumentou consideravelmente, ocupando O segundo lugar nas causas de morte por doença no país. Algumas de suas causas estão relacionadas ao padrão de vida adotado pela população, isto faz com que a doença seja considerada atualmente como um problema de saúde pública (BRASIL, 2010 p.10).

Constantemente, pesquisas e os meios de comunicação apontam que a incidência e mortalidade do câncer têm relação direta aos hábitos da população, o que tem colaborado em parte, para seu avanço. O interesse pela temática surgiu, devido às condições sociais de vida dos sujeitos que vivenciam tal realidade. Em seu processo de adoecimento passam por processos de sofrimento para além daquilo que a própria doença em si ocasiona.

Partindo da dimensão da doença no Brasil, sentiu-se a necessidade de investigar mais densamente sobre o contexto local da Política de Saúde do município de São Borja-RS no biênio 2012-2013. Desse modo, considera-se o estudo de relevância, pois os resultados constituir-se-ão como insumos para um olhar mais atento de como vem sendo executada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) no município, além de colaborar na qualidade de execução das Políticas Públicas de Saúde em São Borja- RS.

Os desafios da materialização da Política Nacional de Atenção Oncológica na rede de Atenção Básica de Saúde no município de São Borja- RS

Para a execução da Política Pública Municipal de Saúde é desenvolvido o Plano Municipal de Saúde(PMS), que é um dos pré- requisitos proposto nas Leis nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90, para a gestão da saúde. Assim, o Plano Municipal de Saúde do município, apresenta propostas que devem ser executados para a implementação das diretrizes e metas [1]da Política de Saúde municipal, além do mais, tem como objetivo atender as demandas relacionadas à saúde da populáção são-borjense, através do índice dos dados epidemiológicos, das sugestões do Conselho Municipal de Saúde e da percepção dos gestores (SÃO BORJA, 2010-2013, p.6).

Considerando isto, o principal programa da Secretaria Municipal de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), busca realizar as ações da sua equipe[2] na principal

[1] O modelo de Gestão desenvolvida é a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA) são desenvolvidas ações conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02), que prioriza estratégias nas áreas de: 1) Saúde da Criança e Adolescente; 2) Saúde da Mulher; 3) Controle da Tuberculose; 4) Eliminação da Hanseníase; 5) Controle da Hipetensão; 6) Controle da Diabetes Melitus; e 7) Ações de Saúde Bucal; acrescidas de Saúde do Idoso e Assistência Farmacêutica.

[2] O município conta com 13 equipes, composta no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), e equipe de saúde bucal, com um dentista e

característica que é ser a porta de entrada dos usuários para os serviços do SUS, cabe ainda acrescentar que, a equipe realiza as atividades a partir do conhecimento da realidade das famílias, onde por meio do cadastramento e do diagnóstico social, demográfico e epidemiológico da comunidade, identificam os agravos e os riscos aos qual a população está exposta. Com o diagnóstico finalizado a ESF, conta com a participação da comunidade na elaboração de um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença, diante disto, deverá prestar a assistência integral, contínua e racionalizada no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial e hospitalar, além do mais, deverá criar estratégias de ações educativas e inter-setoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados (SÃO BORJA, 2010-2013, p. 36).

Assim, ao pensar em estratégias para a implantação do modelo de saúde de família e da comunidade, os gestores realizam suas atividades de forma planejada e programada, de acordo com um cronograma pré-estabelecido, que versa sobre linhas gerais a serem executadas. Inicialmente, são realizadas discussões acerca necessidades de infra-estrutura, recursos humanos, material permanente e de consumo nas àreas prioritárias do município para a implantação da ESF; estabelecidas estas propostas, posteriormentes são apresentadas para o Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Locais e demais autoridades do municipio e Sociedade Civil. (SÃO BORJA, 2010-2013, p.79).

Entretanto, a oncologia é uma área, que ainda carece de ações concretas, por exemplo, o município não possui sistema de alta complexidade no atendimento a pacientes oncológicos, como os serviços de radioterapia e quimioterapia. Segundo o PMS (SÃO BORJA, 2009-2013), uma das únicas ações que se destinam a população oncológica é o serviço de realização de exames citopatológico de colo de útero para mulheres, que é meta central da estratégia da Atenção Básica (AB). Os demais procedimentos são realizados fora do município, conforme serão apresentados neste artigo.

---

um Auxiliar de Consultório. Outros profissionais (NASF 1) são agrupados às equipes como apoio, de acordo com as vulnerabilidades locais.

A pesquisa documental foi realizada a partir do contato com o Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio, do Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE). Inicialmente foi proposto como metodologia à análise documental do plano de atividades e relatórios de atendimento e outros documentos que o setor dispusesse. O setor possuía somente o documento de Referência Contra- Referência para o controle das suas atividades, que é o encaminhamento médico das unidades de ESF para a realização de biópsias, radioterapias, quimioterapias e cirurgias.

Com está dificuldade encontrada para dar encaminhamento à pesquisa, solicitei ao responsável pelo setor algum documento que comprovasse que a realização do atendimento a este grupo de usuários. Então, foi repassada pelo setor uma listagem onde continha dados sobre o gênero, idade, tipo de neoplasia e óbitos dos anos de 2012- 2013 (documento elaborado a partir das fichas de Referência Contra- Referência).

Assim, para encaminhar os atendimentos para a realização de diagnósticos nos casos de suspeita de câncer, o município conta com 13 equipes de ESF, como porta de entrada para os serviços que os usuários com câncer venham a necessitar. Ao que cabe aos procedimentos aos usuários oncológicos é a partir da primeira consulta em uma unidade de ESF, onde o usuário com suspeita de neoplasia é encaminhado para realizar biópsia[3] munido do documento de Referência e Contra-Referência. Algumas biópsias são realizadas no município, e o Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio encaminha para o Setor Administrativo do CEMAE, que autoriza a realização de exames, seja de PSA, mamografia e anatomopatológico[4]. Quando a realização dos exames é fora do município, a solicitação é encaminhada via email para Instituto de Radioterapia e Oncologia- IRON[5], do

[3] Exame médico que envolva a remoção do tecido a fim a examinar a doença, podendo ser executadas usando a orientação da imagem lactente tal como o ultra-som, o raio X, o tomografia computorizada (CT), ou a ressonância magnética (MRI).
[4] Exame macro e microscópico de tecidos para o diagnóstico das doenças, principalmente dos tumores. Só este exame dá a certeza que um tumor é benigno ou maligno.
[5] Oferece tratamento de radioterapia e quimioterapia.

município de Uruguaiana-RS, que reencaminha ao Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana que é uma Unidade de Alta Complexidade- UNACON[6], e outras vezes são reencaminhadas a outras unidades[7].

O IRON entra em contato com o Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana solicitando a realização do exame. A unidade UNACON retorna o contato ao IRON, confirmando a data da realização da biópsia, e este entra em contato com o Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio, do município de São Borja- RS. Repassadas as informações, o Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio entra em contato com o usuário informando a data do exame, e também informando que o usuário deverá ir até o CEMAE no Setor de Transporte para agendar e reservar o transporte.

Após a realização do exame já com o resultado, o Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana repassa o resultado ao IRON, que encaminha o resultado via e-mail, e/ou por meio dos motoristas que transportam até o município os usuários oncológicos. Assim, com resultado o Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio entra em contato com o usuário para entregá-lo; a partir disso o usuário realiza uma nova consulta com o médico que lhe encaminhou, para que este decida qual o procedimento mais adequado a ser realizado no tratamento da neoplasia, quando a suspeita for confirmada. Após esta segunda consulta, com o resultado positivo de neoplasia maligna, o usuário munido do documento de Referência e Contra-Referência retorna Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio para então agendar o início do tratamento em uma unidade de Alta Complexidade Oncológica.

---

[6] Unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Estas unidades hospitalares podem ter em sua estrutura física a assistência radioterápica ou então, referenciar formalmente os pacientes que necessitarem desta modalidade terapêutica.

[7] Quando o IRON não possui recursos tecnológicos para determinados tipos de neoplasias, o médico responsável, autoriza o reencaminhamento do usuário/ paciente para a unidade CACON Ijuí-RS. Então são repassados para o setor de agendamento de consultas de São Borja-RS, que repassa ao setor de agendamento de consultas de Santo Ângelo- RS marcar o tratamento na unidade CACON de Ijuí-RS.

Quando ocorrem encaminhamentos para a realização do tratamento com radioterapia e/ou quimioterapia, o processo de agendamento acontece semelhantemente ao processo de encaminhamentos de exames anatomopatológico. Então, o Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio realiza a solicitação do procedimento ao IRON; o IRON retorna o contato informando a confirmação da data da realização do exame. Confirmada a data, o Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio entra em contato com o usuário informando a data do início do tratamento, e orienta a vir novamente até a CEMAE para encaminhar a autorização do transporte com o médico auditor. É aqui o momento em que o município rompe o vínculo com o usuário.

Para controlar do fluxo dos usuários oncológicos em tratamento fora do município, o Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio repassa ao Setor de Informática a listagem com o nome dos usuários que recorreram ao setor para a realização do tratamento. Conforme então, o Setor de informática utiliza-se do sistema de monitoramento do Ministério da Saúde, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para verificar as informações sobre os óbitos, a partir deste sistema de monitoramento é criado uma listagem atualizada dos usuários que faleceram; posteriormente a listagem é repassada ao Setor de Agendamento de Consultas Fora do Domicílio, para atualizar o cadastro.

Para complementar o trabalho, segundo informações repassadas do Setor de Contabilidade, o município disponibiliza de uma casa de hospedagem, de auxílios para a alimentação e transporte para a realização do tratamento fora do domicílio (TFD), conforme a Portaria nº. 55 [8]de 24/02/99, da Secretaria de Assistência à Saúde. As viagens às unidades de alta complexidade UNACON, CACON e/ou IRON, são realizadas todas as segundas-feiras, retornando as sextas-feiras, ao município.

A despesa mensal que foi repassada do atendimento aos usuários oncológicos, compreende somente ao gasto com transporte na modalidade micro-ônibus, que fica em torno

[8] Estabelece os benefícios de Tratamento Fora do Domicilio (TFD).

de R$ 3.600,00 reais, que compreende em combustível, diárias do motorista e manutenção do veículo. Cabe ainda ressaltar que não foram repassados os valores referentes as despesas com carro, passagens, moradia e alimentação, devido que não há documentação referente a isto. Ainda foi disponibilizado por este setor, que o gasto mensal de apenas um empenho laboratorial para a realização de exames de biópsias, no ano de 2012 foi contabilizado R$ 10.370, 00 reais, e no ano de 2013 foram aproximadamente R$ 18.000,00 reais.

Caracterização dos usuários oncológicos

Conforme dados repassados pelo setor de agendamento de Consultas Fora do Domicílio, biênio 2012-2013, ocorreram no total 158 encaminhamentos para os serviços de alta complexidade, sendo que, foram realizados 123 encaminhamentos das ESF, para o diagnóstico de Câncer, E 30 encaminhamentos para a realização de radioterapia e/ ou quimioterapia e 05 encaminhamentos cirúrgicos. Em relação ao gênero, foram realizados 77 encaminhamentos para o gênero masculino e 78 para o gênero feminino.

O perfil do usuário do gênero masculino sobressaiu os usuários da faixa etária de 60 anos ou mais, o que contabilizou 47 casos. Com 30 casos usuários com menos de 60 anos, e 01 caso que a idade não foi especificada. Ainda fazendo referência ao gênero masculino, foram suspeitados/diagnosticados 26 tipos de câncer, 03 tumores não especificados e 04 processos cirúrgicos. O carcinoma mais frequente nos usuários do gênero masculino, foi o Câncer de Cólon (reto/intestino) com 11 casos, próstata 11 casos e esôfago com 08 casos.

O perfil do usuário do gênero feminino, não houve variação, contabilizando 38 casos as usuárias/pacientes da faixa etária de 60 anos ou mais, e com 40 casos as usuárias/

pacientes com menos de 60 anos, e 02 casos onde a idade não constava. Ainda fazendo referência ao gênero feminino, foram suspeitados/diagnosticados 23 tipos de câncer, 01 tumor não especificado e 01 processo cirúrgico. O carcinoma mais frequente nos usuários do gênero feminino, foi o Câncer de Mama que ocorreu em 20 casos; o Câncer de Pulmão 13 casos e o Câncer de Ovário e o Câncer de Cólon (reto/intestino) ambos com 05 ocorrências.

Os óbitos por neoplasia dos usuários que realizaram tratamento oncológico fora do domicílio, no ano de 2012 foi registrado 34[9] óbitos, sendo19 do gênero masculino e 15 do gênero feminino. No ano de 2013 não foram contabilizados no sistema SIM, de modo que, não se obteve os percentuais relativos a esse período.

Condicionantes e fatores de risco

A partir da análise quantitativa dos encaminhamentos para o diagnóstico e/ou tratamento foi possível realizar análise qualitativa dos principais tipos de neoplasias encontradas nos usuários, seus condicionantes e fatores de risco. Assim, nos usuários do gênero masculino as principais neoplasias detectadas nos anos de 2012-2013, foram em 1º lugar estão o Câncer de Próstata e o Câncer de Cólon (reto/Intestino) ambos com 11 casos, em 2º está o Câncer de Esôfago com 08 casos, seguido em 3ª posição o Câncer de Pulmão com 07 casos.

Considerando os fatores de risco relacionados a estas neoplasias, segundo o sítio do INCA, os condicionantes do Câncer de Próstata estão relacionados à idade, pois tanto as incidências como a mortalidade aumentam exponencialmente após os 50 anos de idade. Outro fator é o histórico familiar de pai e/ou irmão com câncer antes dos 60 anos. Isto aumenta o risco 3 a 10 vezes em relação à população em geral. Assim pode-se considerar que tanto fatores genéticos, quanto hábitos alimentares interligados ao estilo de vida aumentam o

[9] Este número compreende somente aos óbitos dos usuários/ pacientes que realizaram tratamento via SUS.

risco. O Câncer de Cólon (reto/intestino) semelhante ao câncer de próstata se desenvolve a partir de uma idade mais elevada, neste caso a partir dos 50 anos de idade e também de fatores hereditários e hábitos não saudáveis de alimentação, como por ex: uma alimentação pobre em frutas, vegetais e fibras e rica em gordura animal, assim como ainda a história pregressa de infecções do intestino.

O Câncer de Esôfago está associado a hábitos alimentares, onde o exacerbado consumo de bebidas alcoólicas, bebidas muito quentes, alimentos defumados e ao tabagismo, ainda considera que a maior incidência desta neoplasia está relacionada à história pessoal de câncer na região da cabeça, pescoço ou pulmão, e outras infecções como o HPV[10]; tilose[11], acalasia[12], esôfago de Barrett[13], lesões cáusticas no esôfago[14] e Síndrome de Plummer-Vinson[15]. O Câncer de Pulmão em 90% dos casos está atrelado ao consumo de derivados do tabaco, como por exemplo, o consumo de cigarros; a exposição à poluição do ar; a exposição a agentes químicos encontrados em ambientes ocupacionais, bem como, infecções e doenças pulmonares obstrutivas crônicas[16], deficiência e/ou excesso de vitamina A no organismo, aliados a isto está os fatores genéticos e hereditários de câncer de pulmão.

Nos usuários do gênero feminino as principais neoplasias detectadas nos anos de 2012-2013, foram em 1º lugar está o Câncer de Mama, com 20 incidências; em 2º lugar está o Câncer de Pulmão, com 13 casos; seguido em 3º o Câncer de Pele com 06 casos.

Conforme os dados obtidos, as neoplasias comumente ocorridas no gênero feminino, segundo a mesma fonte de informação, sítio do INCA, o Câncer de Mama tem seus fatores de risco relacionados ao excesso de peso, a ingestão em qualquer quantia de álcool, bem como a exposição a radiações ionizantes durante a vida, e alguns estudos apontam ainda

---

[10] Papiloma vírus humano.
[11] Espessamento da pele nas palmas das mãos e na planta dos pés.
[12] Falta de relaxamento do esfíncter entre o esôfago e o estômago.
[13] Crescimento anormal de células do tipo colunar para dentro do esôfago
[14] Queimaduras.
[15] Deficiência de ferro.
[16] Enfisema pulmonar e bronquite crônica

que há grande possibilidade de ter associação ao uso de pílulas anticoncepcionais, além dos fatores genéticos. O Câncer de Pele está sendo considerado o mais frequente, por tingir grande parte da população mundial. Este carcinoma possui duas distinções que são o carcinoma melanoma e o carcinoma não melanoma. No primeiro, seu fator de risco está aliado à intensa exposição solar, ao histórico familiar, além de aumentar seu risco a pessoas que possuem pele, olhos e cabelos claros. O segundo, está relacionado à exposição prolongada de agentes químicos (arsênico, benzeno, alcatrão, etc.) e também aos raios ultravioletas, por isso considera-se que pessoas que realizam atividade laboral sob exposição solar ou contato com estes agentes químicos, estão mais vulneráveis.

Diante dos dados repassados pelo setor de agendamento de consultas da Secretaria Municipal de Saúde, foi possível apresentar as principais neoplasias frequentemente diagnosticas no município e os principais fatores de risco apontados pelo inca, relacionando com os fatores culturais e econômicos da região.

Apreendeu-se na análise que que os fatores culturais da região da fronteira-oeste, podem contribuir na propagação dos fatores de risco das neoplasias, pois o INCA considera que alguns elementos que se fazem presentes na culinária e nos hábitos típicos de determinadas regiões, tem associações com a ação de desenvolvimento do câncer, principalmente no câncer de mama, cólon, próstata e esôfago, por coincidência estas neoplasias foram detectadas com o maior número de casos na população do município.

O município de São Borja-RS está localizado em uma região que tem por hábitos o alto consumo de churrasco, onde são encontrados vários fatores de risco, considerando que a carne vermelha associada à gordura animal, ao excesso de sal e a defumação da carne pelo alcatrão proveniente da fumaça do carvão, são os principais contribuintes para o desenvolvimento do câncer de intestino, câncer de estomago e câncer de mama. Não podemos deixar de comentar sobre o consumo da principal bebida típica do

gaúcho, o chimarrão, pois assim como o churrasco, o chimarrão tem propensão em disseminar células cancerígenas no esôfago, pois a alta temperatura da água causa lesões nesta região.

A região ainda possui outro aspecto relevante a ser analisado, que é sua economia centralizada na agricultura e pecuária, sendo elas os principais meios de produção (TEICHMANN; MIORIN, 2009, p. 383). Os riscos ocupacionais dessa área se apresentam na forma em que o processo de trabalho se desenvolve, assim é possível considerar que o trabalhador exposto às condições ocupacionais de radiação solar excessiva devido ao manejo do gado e máquinas agrícolas, possui a propensão de desencadear o Câncer de Pele (INCA, 2005, p. 49). Além do trabalho, as altas temperaturas marcadas no verão, que chegam a passar dos 40ºC, o que corroboram para acentuar os fatores de risco, não somente para o trabalhador rural, mas sim a toda população do município. Outro aspecto que contribui para este agravante é o fato do buraco da Camada de Ozônio estar localizado em cima do estado do Rio Grande do Sul (IPEVS, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao passo em que foram analisados os procedimentos realizados para os encaminhamentos para a média e alta complexidade oncológica. Percebeu-se, que atual situação do município no trato aos usuários oncológicos, atua apenas como mero executor dos encaminhamentos de Referência e Contra-Referência, devido que, não há programas sistemáticos de organização das atividades. Aliás, não há algum documento que comprove quais as ações que serão desenvolvidas no atendimento e/ou encaminho de usuários oncológicos.

Constatou-se ainda, que o foco das ações interventivas está voltado apenas para a doença como uma patologia, deixando de lado que, o processo saúde-doença é resultante

das condições e trajetórias de vida de cada sujeito, que são consequências resultantes de políticas socioeconômicas e culturais.

São visíveis as carências e presunçosas as objeções presentes no Plano Municipal de Saúde (PMS) (São Borja, 2010-2013), pois, trás que a ESF é prioridade na organização da AB, pois é através dela que a maioria dos problemas de saúde são resolvidos. Mas há contradições e falhas na execução das ações, pois o PMS aborda ainda que, o usuário muitas vezes não fica satisfeito com o atendimento e/ou com o diagnóstico na primeira consulta, e procura uma segunda ou terceira consulta para avaliar seu estado de saúde, gerando novas despesas. Ao invés de pensar nas despesas geradas, por oferecer os exames de diagnósticos, dever-se-ia investir na qualificação em Educação Permanente em humanização de todos profissionais atuantes na execução da política municipal de saúde, para que situações como estas não voltem a ocorrer e o usuário possa confiar e ter credibilidade nos atendimentos. Outra necessidade apontada é o maior investimento em capacitação das equipes, nas unidades de ESF, ao fato que, investir na qualidade dos serviços da AB colabora para que haja o fortalecimento destas.

Partindo da realidade posta, pude concluir que a necessidade de planejamento de ações, em planos e relatório de atividades nos diversos seguimentos da AB é de extrema urgência. Devido que, auxilia a organização do processo de trabalho, bem como, na intervenção dos profissionais atuando a partir dos condicionantes sociais e culturais que influenciam o processo de saúde-doença. Ainda mais, colabora para futuros estudos e planejamentos de ações de saúde, sem esquecer que pode ser usado como um mecanismo de controle social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf>. Acesso em 14 dez 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a **Política Nacional de Atenção Oncológica**: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de epidemiologia e vigilância do câncer e seus fatores de risco.** Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=322 >. Acesso em: 02 set. 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Rio Grande do Sul: São Borja**. Disponível em: < http://cod.ibge.gov.br/235EC> . Acesso em: 20 Set. 2013.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Ensino em atenção oncológica no Brasil: carências e oportunidades.** Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Moacyr Alves dos Santos da Silva.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=241>. Acesso em: 16 set 2013.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Ambiente.** Rio de Janeiro: Inca, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes_cancer_ocupa.pdf>. Acesso em 18 dez. 2013.

IPEVS, Instituto de Pesquisa em Vida Selvagem e Meio Ambiente. **Cientistas afirmam que buraco na camada de ozônio está cada vez maior**. 2010. Disponível em: http://ipevs.org.br/blog/. Acesso em: 20 mar 2013.

SÃO BORJA, **Plano Municipal de Saúde:** 2010-2013. Secretaria Municipal de Saúde. São Borja: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

TEICHMANN, J. B. de G.; MIORIN, V. M. F. O cultivo da soja inserido no sistema de produção da sociedade de são borja – rs. **Geografia: Ensino & Pesquisa**, Santa Maria, v. 13 n. 2, p. 382-386, 2009. Disponível em: http://cascavel.ufsm.br/revistageografia/index.php/revistageografia/article/viewFile/131/91. Acesso em: 10 fev 2013.