

O Câncer e a questão da exclusão no âmbito da política de saúde

Patrícia Barreto Cavalcanti (DSS/PPGSS/UFPB)

Denise de Oliveira (PPGSS/UFPB)

Claudenízia de O. Pereira (SEPSASS/UFPB)

Emanuela Cândido Fontes (SEPSASS/UFPB)

Em função da temática “O cotidiano de crianças e adolescentes portadoras de câncer”, ou seja, câncer infantil faz-se necessário discutir de modo breve à doença “Câncer”, propriamente dita.

Todos os órgãos (como por exemplo, o fígado, o cérebro, o estômago) são constituídos por células. “O câncer – ou os cânceres, já que são vários, nada mais é que a reprodução, desordenada e anormal, de um dado tipo de célula no organismo” (Silva: 1994,152).

Em condições normais, isto é, em pessoas sadias, as células se dividem de forma ordenada e seguem estágios de maturação. A referida autora acredita que, em estados de depressão o organismo perderia a capacidade reconhecer e dar combate às células malignas, as quais se reproduziriam livremente.

Leshan acrescenta que “O Câncer não é apenas uma doença, são diversas doenças relacionadas, que afetam, de várias maneiras, diferentes partes do corpo humano. E em parte por esse motivo, continua sendo a mais misteriosa de todas as doenças graves” (1994, 19). Na publicação do National Cancer Institute, o câncer define-se como “células de determinado órgão que passam a crescer de forma desordenada e incontrolavelmente. Como consequência da divisão e crescimento celular desordenado há a afirmação de uma massa de tecido denominada massa tumoral ou simplesmente tumor” (NCI; 00, 19).

Tumores malignos são considerados câncer. Esta palavra origina-se do latim e significa caranguejo, crustáceo que se desloca com agilidade nos mangues, pois suas várias partes, alcançam locais distantes rapidamente. “Esta doença foi assim denominada pela capacidade que as células cancerosas possuem de se disseminar para os mais variados locais do organismo (...) Esta é a forma como se dissemina o câncer a partir de um tumor originário (primário) para formar novos tumores em outras partes do corpo. Esta disseminação do câncer é denominada metástase”. (id, 2000, 18).

Existem mais de 100 tipos diferentes de cânceres. A maioria é denominada de acordo com o tipo de células ou órgãos, no qual eles têm origem. Quando o câncer se dissemina – metastatiza, o novo tumor possui o mesmo tipo de células anormais. Por exemplo, se o câncer de pulmão se dissemina para o fígado, diz que o paciente é portador de câncer do pulmão com metástase para o fígado.

Seus principais fatores causais estão ligados aos agentes nocivos do meio ambiente os quais podem agir juntamente ou em seqüência para iniciar ou promover o processo de carcinógene¹ no terreno adequado. Ou seja, o tumor surge com a alteração genética associada à presença de fatores cancerígenos. Depois, na presença desse mesmo agente os tumores crescem.

O câncer não escolhe idade, etnia, sexo, raça ou grupo social, qualquer pessoa está exposta a essa ameaça. Mas, a maioria esmagadora dos casos ocorre na terceira idade, período no qual os efeitos acumulativos dos agentes nocivos superam a capacidade do organismo em manter o seu equilíbrio e integridade. Pelo menos dois terços dos cânceres ocorrem em pessoas com mais de 50 anos (SABBI, 2000). Essa patologia atravessa três

¹ É o processo de transformação da célula normal e maligna

fases de desenvolvimento tendo duração variável: a indução, a promoção e a progressão para tais existem dois tipos de prevenção à primária e a secundária.

A primária ocorre com a prevenção, consegue-se isso pela diminuição das exposições aos fatores de risco, tais como mais cuidado com a exposição ao sol, evitar fumo e álcool e manter a bio segurança na área de trabalho.

A secundária é o diagnóstico precoce, ou seja, é procura da doença que já existe, mais ainda de forma latente, não manifesta, ou no estado bastante inicial, ela se dá de maneira particular em cada tipo de câncer. Dependendo basicamente de um serviço de saúde organizado para um atendimento primário da população específica.

Na medicina encontram-se três principais modalidades terapêuticas para o tratamento dessa doença, a saber, a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. A cirurgia é o mais antigo e definitivo método utilizado quando o tumor é localizado em circunstâncias anatômicas favoráveis. A quimioterapia é um tratamento a base de medicamentos por via oral ou por via endovenosa. A quimioterapia é geralmente administrada em ciclos. Um ciclo consiste de um período de tratamento seguido por um período de descanso (recuperação), dando início a um novo ciclo e por fim tem-se a radioterapia onde o tratamento se dá em casos de câncer não visível a olho nu ou por apalpamento. Estes agentes promovem a morte das células tumorais ao interferir nas funções e na reprodução das células.

Além desses tratamentos tradicionais citados acima, muitos portadores utilizam outras modalidades de terapia como: imunoterapia, hormonioterapia e tratamentos auxiliares como nutricionistas, terapias psicológicas, fisioterapeutas, acupunturistas entre outras. Entretanto, a exceção da cirurgia, todos os outros tipos de tratamento envolvem custos consideráveis a curto, ou longo prazos além, de assistência profissional especializada.

Existem vários tipos de câncer, no Brasil os mais freqüentes são: câncer de pele, melanoma, câncer de mama, de colo uterino, de cólon e reto, de pulmão, leucemia, câncer de boca, do esôfago, estômago e de próstata.

Os dados epidemiológicos disponíveis permitem configurar o câncer como um problema de saúde pública no Brasil, fato mais gritante nas regiões de maior concentração industrial, caso este na região sudeste do país, onde há um maior índice de poluição ambiental, maior facilidade na concessão de produtos quimicamente preparados e menor

preocupação com a proteção do trabalhador em relação aos aspectos danosos de sua atividade profissional. Uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde a respeito dos efeitos das substâncias químicas sobre a saúde estima que dos 4 milhões de substâncias naturais ou sintéticas já isoladas, 60 mil estão em uso cotidiano. Entre estas, 5 mil são usadas como aditivos alimentares e 1.500 são utilizadas as preparações de pesticidas. Elas também são encontradas nas radiações, no fumo, no álcool, hormônios, excesso de radicais livre (sub produto de reações químicas-geralmente encontrada na metalurgia, medicina, e construção civil-), todas diretamente interligadas com o processo de urbanização e industrialização, o qual propicia o crescimento desordenado das cidades, poluição de rios e lagos gerando hábitos sociais e alimentares menos saudáveis (ditado pela modernidade). Portanto, produz uma necessidade de consumo em massa sem um planejamento sócio-ecopolítico para o convívio com esse processo. Daí surge “a questão social”, expressa na saúde da população atingida pelo processo de urbanização desenfreada e industrialização. Efetivamente, se faz imprescindível que o governo implemente políticas que atendam diretamente a essa dinâmica, na qual a referida população se insere, com o intuito de prevenir de controlar e tratar doenças emergentes deste quadro.

Observe no quadro abaixo às estimativas no Brasil.

Tipos	Estimativas em nº de novos casos de câncer		Estimativas de nº de óbito		Quantitativo de óbitos por câncer no ano de 1999	
	1998	2002	1998	2002	No Brasil	No Mundo
Pele	-----	62.190	-----	860	-----	-----
Mama	32.695	36.090	7.165	9.115	-----	-----
Pulmão	20.000	21.425	12.700	15.955	9.400	810.419
Estomago	20.665	20.420	13.200	11.070	8.680	405.215
Colo uterino	21.725	17.600	6.815	4.005	-----	-----
Próstata	14.665	25.600	5.195	7.870	5.195	204.313
Colon e Reto	19.555	18.970	6.040	7.630	2.745	254.816
Esôfago	7.140	8.865	5.230	5.550	3.960	226.901

Leucemias	-----	7.515	-----	4.460	-----	109.309
Boca	-----	11.255	-----	3.415	-----	8.839
Melanoma	-----	3.050	-----	1.085	-----	19.990

Fonte: INCA-estimativa por câncer no Brasil

Fonte: Globocan 2000

Podemos identificar facilmente que a incidência de câncer não diminuiu; ao contrário também constatamos que a taxa de mortalidade causada por esta doença tende a aumentar, fruto da ausência de recurso para seu tratamento. No entanto deve-se destacar que as estatísticas disponíveis apresentam o crônico problema da subnotificação, que nos permitem projetar números maiores para incidência de câncer-a mortalidade é mais facilmente detectada pelos atestados de óbitos.

As instituições públicas estão no limite dos seus recursos e os famosos “planos de saúde” que prometem um atendimento diferenciado, recusam-se a arcar com os custos advindos de doenças de largo curso e alto custo. Assim a população é deixada sem atendimento.

A POLÍTICA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA

É extremamente necessário neste estudo, discutirmos em geral como a doença é absorvida pela Política Sanitária Nacional. Para tanto, é indispensável caracterizar o quadro atual da Política de Saúde e oncológica no Brasil.

O crescimento no numero de caso e óbito por câncer no Brasil tornou essa patologia um problema de saúde publica no país, o que levou um grupo de sanitarista na década de trinta a idealizar uma ampla política sanitária de combate ao câncer, de âmbito nacional que fosse capaz de orientar as ações preventivas e assistenciais no Brasil. Entretanto, este ideal não se efetivou até 1986, momento em que a campanha nacional de combate ao câncer passou a desenvolver ações descentralizadas nas áreas de informação, prevenção e educação em oncologia. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a criação do SUS², as estruturas regimentais da prevenção e do controle do câncer foram atualizados, ampliadas e reforçadas com as novas diretrizes para essas ações, a exemplo do

² Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, 8.080 de 19 de setembro de 1990.

s Decretos presidenciais³, que atribuíram ao Instituto Nacional do Câncer (INCA) a função de assistir ao ministro de Estado na formulação de Políticas Nacional de Prevenção de Controle do Câncer (PNPCC).

Em 1999 a Secretaria de Políticas Sociais do Ministério da Saúde formou um grupo de especialistas do Ministério para fomentar uma versão de políticas que seriam submetidas a diversas instâncias, até a sua adoção pelo governo brasileiro. Esse grupo elaborou uma análise sobre a dimensão do problema e da suas crescentes tendências. Além de apontar a inadequação dos serviços oncológicos, destacando quatro pontos fundamentais para caracterizar as necessidades de políticas públicas específicas: o câncer é segunda causa de mortalidade por doença no Brasil; a sua incidência aumenta progressivamente, inclusive em faixa etária abaixo de 50 anos; os serviços destinados à oncologia são insuficientes, inadequados e mal distribuídos geograficamente; e, muitos óbitos poderiam ser evitados por ações de prevenção ou detectações da doença.

Diante do exposto o objetivo central das políticas deveria ser relativamente ligado a incidência e à mortalidade por câncer. De modo, que a assistência oncológica seriam um conjunto de ações contínuas, contemplando toda a população quanto aos fatores de risco de câncer que promovam a detecção precoce da doença e que dêem acesso a um tratamento de qualidade e equidade em todo território nacional (KLIGERMAN, 2002).

No Rio de Janeiro um dos maiores pólos do PNPCC no Brasil, assistência oncológica se dá no âmbito dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), dos serviços isolados de quimioterapia (QT), dos serviços isolados de radioterapia (RT) e através de associações a organizações filantrópicas (que atuam nas lacunas deixadas pelo Estado na fomentação da assistência, e, com a introdução das políticas neoliberais assumem parte dos deveres do Estado, os quais, o mesmo se “desobriga” e os passa para a sociedade civil).

Fato que, conseqüentemente gera uma super lotação de algumas unidades, dificultando o acesso de uma parte da população a esses serviços a outros fatores problemáticos são a falta de capacitação de profissionais, o despreparo da rede básica para diagnosticar precocemente a doença e a falta de recursos materiais e humanos.

³ Decreto 109 de 05/05/1991; Decreto 2.477 de 28/01/1998 e Decreto 3.496 01/06/2000.

Diante deste quadro o modelo vigente demonstrado de assistência oncológica é de caráter vertical e sem visão de integralidade, das ações de controle e avaliação, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação e assistência farmacológica.

Durante a primeira metade dos anos 80, os serviços de saúde refletiam a crise do modelo de política social vigente, onde as condições de saúde da população tornaram-se críticas, em virtude de uma política centralizadora, privatizante e ineficaz, iniciando-se um movimento por políticas sociais que assegurassem plenos direitos. A saúde passa a ser vista como parte integrante da cidadania e dever do Estado.

O período da Nova República ou “Transição Democrática”, foi marcado pela busca de reorganização do país em direção a um Estado de direito, que se desenvolveu lentamente e de maneira conflituosa.

Com os movimentos ou críticas ao modelo de saúde vigente, o Ministério da Saúde realiza, em 1986, a VII Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de propor a reforma sanitária. Mas só no ano seguinte, em 20 de julho, através do Decreto 94.657, o Presidente da República cria o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) com a finalidade ou assegurar a qualidade das AIS (Ações Integradas de Saúde). Segundo Muller,

“As AIS transformaram-se em eixo fundamental de política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática a partir de 1985, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde (1991)”.

A estratégia do SUDS se deu, dentro das limitações da atuação institucional no intuito de evitar os conflitos, para os quais a correlação de forças era desfavorável no momento, e focalizar a atenção no processo de descentralização e fortalecimento aos níveis periféricos do sistema.

É sobre o INAMPS que incide o maior efeito de descentralização, tanto no âmbito central como regional, tanto na execução quanto na gestão (Noronha, 1984).

“O Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS – sofrerá uma redução em sua estrutura, de maneira a adaptá-lo às funções específicas de planejamento, orçamento e acompanhamento (MPAS/MS op. cit, 1987)”.

Esse fato ressalta um dos principais paradoxos entre o discurso e a prática política, ao se observar que o Ministério da Saúde verbalizava e apresentava publicamente propostas

consideradas muito mais avançadas em termos de descentralização e unificação do sistema de saúde, de acordo com o ideário da reforma sanitária, do que o INAMPS/MPAS, “que era bastante mais cauteloso e muitas vezes ambíguo em relação às ações a realizar” (Draibe, et al, 1990).

O SUDS, em 1988-89, enfrenta grandes dificuldades, a principal delas é de natureza concreta, ou seja, a necessidade de conter o atraso nos repasses de recursos financeiros destinados ao setor público. Contudo, o SUDS sobrevive até a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, em 1990.

Além da aprovação da Lei orgânica da Saúde, neste ano, o período permanece sem alterações significativas na conformação do novo sistema de saúde, mesmo com a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e da substituição do SUDS pelo SUS (sistema Único de Saúde).

O SUS – Sistema Único de Saúde – foi instituído pela Constituição de 1988, como parte de um sistema mais amplo: o sistema de Seguridade Social.

De acordo com o Artigo 194 da Constituição, a Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações ou iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Esse conjunto de ações deve ser oferecido a toda a população, pois o parágrafo único desse Artigo determina a “universalidade da cobertura e do atendimento”.

O SUS procura caminhar para a reforma do aparelho do Estado brasileiro, pois deixa claras as funções federativas; descentraliza os recursos, tentando fazer com que haja uma ruptura entre as relações clientelistas ou corporativistas que estão inseridas no próprio Estado.

“O cerne da questão é, de novo, como transformar as políticas sociais e de saúde, não em manipulação clientelista ou corporativista, mas num espaço ético e legítimo de garantia de direito da cidadania, ou de resposta eficaz do Estado às pressões democráticas (Mendes, 1996: 68)”.

O SUS tem estimulado o controle social dos serviços de saúde, através da criação e desenvolvimento de Conselhos Estaduais Municipais, Distritais e locais, que embora contando com certas limitações, procuram estabelecer critérios de controle do sistema.

Entretanto, ainda se tem muito que avançar, principalmente no que diz respeito à qualidade e representatividade destes Conselhos (Felinto, 1999).

“Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, incluindo nos aspectos econômicos e financeiros (Lei 8.142/90, Art. 1º, parágrafo 2º)”.

Nos anos 90, uma trajetória de agravamento da crise econômica e fiscal do país se fez presente, quando mais uma vez, perde os grupos com menor integração aos setores mais formalizados da economia. O sonho reformista de uma saúde para todos, como direito do cidadão e dever do Estado, é “aceleradamente sepultado nesta meia década” (Noronha, 1994).

Falar de políticas públicas no contexto neoliberal é falar de um quadro social de privatizações, descentralização, focalização de ações e redução de gastos sociais, e essas características básicas já perpassavam as políticas de saúde na década de 80, o que justifica a denominação de projeto neoliberal.

No Brasil, é notória a forma com que o Estado vem transferindo uma considerável parte de suas responsabilidades para o setor privado, criando um subsistema privado forte e de baixa regulação por parte do poder público.

Assim, de um lado, temos o setor público negligenciado e maltratado pelos programas neoliberais e, de outro, uma apologia ao setor privado, considerado como a grande resposta para a ineficácia das políticas.

Portanto, o direito à cidadania se restringe cada vez mais a uma pequena parcela da população brasileira que detêm um poder aquisitivo maior, em relação a grande parcela do povo brasileiro, excluído do acesso a um serviço de saúde de boa qualidade.

No que diz respeito particularmente as Políticas de Saúde, que teoricamente deveriam servir de instrumento de acesso da sociedade civil aos serviços públicos de saúde, observa-se que historicamente suas formulações não vieram a possibilitar tal processo.

Ressalte-se, que mesmo com o grande avanço proporcionado pela criação de um Sistema Único de Saúde em 1988, este acesso não tem se efetivado como se esperava.

Contrariamente, em termos de acesso, o processo de municipalização da saúde tem se restringido muito mais à rede básica do que aos níveis de tratamento, o que é

preocupante tendo em vista o volume imenso de usuários brasileiros que necessitam de mais vagas hospitalares.

Numa análise mais ampliada, verifica-se que nos anos 90, as políticas de saúde passaram por reestruturação do ponto de vista do planejamento das ações já preexistentes, ou seja, mesmo com as intervenções incrementais levadas a cabo pelo governo, via Ministério da Saúde, para fazer “avançar” a qualidade de prestação dos serviços de saúde, pouco se conseguiu no tocante a ampliação dos focos de atenção especializada.

Tal afirmação é facilmente comprovada se observamos a abrangência que os Programas de Saúde elaborados pelo governo conseguem ter, ou seja, se compararmos o contingente de usuários portadores de tais moléstias, veremos que tal relação é desigual. Verificamos que tais Programas deixam a desejar, em relação tanto à abrangência quanto à eficácia.

Normalmente são programas preventivos, cujas campanhas têm mais repercussão nos grandes centros, não impactando nos pequenos municípios do país.

No que se refere particularmente à Assistência Pública ao Câncer, verifica-se ainda tímidas investidas estatais, se considerarmos o volume de adoecimento no país no tocante ao câncer.

CONCLUSÃO

Considerando que recentemente se tenha empreendido esforços no sentido de campanhas preventivas para o câncer, por outro lado, a rede pública de saúde não encontra contrapartida de recursos para sua promoção efetiva. Ademais, mesmo que o câncer possa ocorrer em qualquer idade, as camadas sociais menos favorecidas economicamente são também aquelas que maior dificuldade encontram para prevenção, assistência e tratamento sobremaneira não só as estatísticas de mortalidade pela doença, como também as que mais rapidamente apresentam formas brutais de câncer que, quando identificadas, já estão fora de possibilidades terapêuticas.

Outro fator a ser considerado é a quase inexistência de atendimento oncológico fora dos grandes centros urbanos, o que demanda o deslocamento de pacientes e familiares para as metrópoles sem a menor condição de subsistência.

Vinculado à inexistência supracitada, a rede oncológica das grandes cidades também se encontra estrangulada por falta de recursos, conforme já explicitado. Daí

observa-se atualmente o apelo no que diz respeito à solidariedade humana, fazendo com que haja um maior número de trabalho voluntário nos hospitais e uma (re) humanização do tratamento domiciliar para os portadores de câncer.

É óbvio que todas estas iniciativas buscam suprir/encobrir o vácuo deixado pelo Estado, desresponsabilizando-o quanto a esta questão e fazendo o apelo a sociedade civil que sentida pelo sofrimento de seu próximo, se incumbirá de suprir o vazio deixado pelo poder público.

REFERÊNCIA

DRAIBE, Sônia. O redirecionamento das políticas,segundo a perspectiva neoliberal. In: **As Políticas Sociais no Brasil**. Brasília: Departamento Nacional do SES/ Serviço Social na Indústria, 1993.

FELINTO, Suely Ferreira. **A percepção dos Usuários internos no HNL em relação aos Serviços Prestados por essa instituição**. João Pessoa: UFPB/ CCHLA- Monografia do Curso de Serviço Social, 1999.

KLIGERMAR,J.Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil para 2002.In: **Revista Cancerologia**.Volume 42, nº2, Abril/Maio/Junho, Rio de Janeiro,INCA, 2002.

MENDES, E.V. (org).**Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde**, HUCITEC- ABRASCO, SP- RJ 2ª edição, 1994, p. 42.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS: NOB-SUS 96, Brasília-DF, MS, 1997.

NORONHA, J. C.et alli. **AIS- SUDS- SUS: Os caminhos do direito à saúde**,In:GUIMARÃES, R. (org). Saúde e Sociedade no Brasil-anos 80, Relume Dumaré- ABRASCO, RJ, 1994.

SABBI,R.A.**Câncer: Conheça o Inimigo**.Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

SILVA, Marco Aurélio Dias da. **Quem ama não adocece**. SP, Best Seller. Círculo do livro, 1998.