

CONDIÇÕES DE VIDA E ADOECIMENTO POR CÂNCER

Letícia Batista Silva*

RESUMO

Houve nas últimas décadas, no Brasil e no mundo, o aumento da incidência e mortalidade por câncer, configurando esse cenário como uma questão de saúde pública. Fatores como o envelhecimento da população e a mudança de hábitos são importantes para a compreensão do aumento do número de casos de câncer, mas insuficientes para uma análise ampliada dos condicionantes que levam ao adoecimento por câncer e as possibilidades de efetivação do tratamento. Para tanto, é necessário considerar as condições de vida das populações e o acesso aos serviços de saúde. Este artigo tem por objetivo contribuir criticamente com a problematização do adoecimento por câncer no Brasil.

Palavras-Chave: adoecimento por câncer; questão social e adoecimento; incidência de câncer no Brasil.

APRESENTAÇÃO

Para a discussão acerca do câncer no Brasil é necessária a adoção orgânica do conceito ampliado de saúde, a consideração do aumento da expectativa de vida da população e, sobretudo, a explicitação dos determinantes sociais e econômicos em que se gestam as políticas públicas e sociais, seus desdobramentos na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), nas condições de vida da população e a particularidade do adoecimento por câncer.

O intuito deste texto é apresentar contribuições iniciais no sentido de problematizar a questão do adoecimento por câncer e o acesso/adesão ao tratamento, a partir do contexto histórico das condições de vida da população. Para tanto, se fez necessário o resgate, ainda que sucinto, das repercussões das transformações societárias pós anos 1990 no Brasil e a delimitação do campo da oncologia. Este texto é uma aproximação a questões postas, há mais de uma década, no cotidiano da prática profissional de assistente social no campo da oncologia.

A fim de adensar a discussão, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema ‘adoecimento por câncer e condições de vida’, pesquisa documental sobre a legislação

* Mestre em Serviço Social UFRJ, Supervisora do Serviço Social do Hospital do Câncer II do Instituto Nacional de Câncer.

oncológica brasileira, consulta a publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a textos sobre epidemiologia do câncer etc.

Sobre a revisão bibliográfica, esta foi realizada através de levantamentos na Biblioteca Virtual de Saúde¹, tendo sido utilizadas na busca, inicialmente, as palavras chave ‘adoecimento por câncer + condição de vida’. Com essa associação de conteúdos não foi encontrado nenhum artigo, documento ou relatório científico acerca do tema. Então, foi realizada uma segunda pesquisa com os descritores ‘desigualdade social + câncer’. Nessa associação foram encontrados 14 (catorze) artigos²; entretanto, somente 3 (três) textos³ abordavam o tema desigualdade e câncer. E estes tratavam de desigualdade relacionada estritamente ao acesso e tratamento dos cânceres de colo do útero e mama. Nenhum dos textos encontrados abordava diretamente a correlação entre adoecimento por câncer e condições de vida, ou mesmo a questão do câncer e desigualdades sociais.

O resultado desse levantamento bibliográfico aponta para a relevância do estabelecimento da correlação entre condições de vida da população e adoecimento por câncer, considerando as condições de acesso ao SUS e superando a compreensão estritamente técnica ou biomédica do trato em oncologia.

NOTAS SOBRE SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988 E O NEOLIBERALISMO NO BRASIL

A Constituição de 1988, fruto de luta e mobilização política de setores populares e gestada nos marcos da redemocratização nacional, significou um radical avanço no campo social. Constituiu-se como uma aproximação a um modelo de estado de bem estar (NETTO, 1999) e trouxe para a cena brasileira o conceito de proteção social realizada a partir de uma política de Seguridade Social⁴ - buscando superar o sentido de seguro social (VIANNA, 2008). NETTO explicitou o avanço que significou esta Constituição, à medida que apontava

(...) para a construção pela primeira vez assim posta na história brasileira – de uma espécie de Estado de Bem Estar: não é por acaso que, no texto constitucional, de forma inédita em nossa lei máxima, consagram-se, explicitamente, como tais e para além de direitos civis e políticos, os direitos sociais (coroamento, como se sabe, da cidadania moderna). Com isto, coloca-se o

arcabouço jurídico-político para implantar, na sociedade brasileira, uma política social compatível com as exigências de justiça social, equidade e universalidade (NETTO, 1999 p.77).

No campo da saúde, as transformações constitucionais do modelo de atenção foram significativas, entre elas a alteração e ampliação de seu conceito; a instituição da saúde como direito de todos e dever do Estado; a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) – a universalização dos serviços; e a instituição do controle social. No texto constitucional a saúde é garantida *mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*. A partir dessas concepções, a produção de saúde passa, necessariamente, por determinantes econômicos e sociais e, do ponto de vista legal, foi garantida ao coletivo da população brasileira.

O aporte legal⁵ do SUS propõe a organização de um sistema de saúde público com base em princípios de natureza doutrinária (universalidade, integralidade e equidade) e organizativa (regionalização, hierarquização, descentralização e controle social), compondo o núcleo de valores e sentidos do sistema (CUNHA & CUNHA, 2001). Essa conformação fornece condições para a prestação da assistência/atenção em saúde na perspectiva da construção de linhas de cuidado, interligando serviços e redes com foco na integralidade⁶ das ações.

Também avança à medida que considera aspectos econômicos e sociais como condicionantes na produção da saúde, no risco de adoecimento e nas condições para o acesso ao sistema de saúde. O artigo 3º da Lei 8.080/90 apresenta como fatores determinantes e condicionantes da saúde, *entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*. Dessa forma, o conceito de saúde inscrito no SUS não trata somente do acesso e organização dos serviços e aparelhos da política de saúde, mas também de questões que apontam as condições de vida da população e que determinam seus indicadores sociais⁷. O modelo proposto para a saúde requisitava, necessariamente, a intersetorialidade das políticas públicas estatais.

No entanto, no curso da década de 90 (e nos anos 2000), esse modelo de Estado é fortemente atacado pelo ideário neoliberal (ANDERSON, 1995; SOARES, 2002;

FILGUEIRAS, 2006; VIANNA, 2008). E os efeitos do ajuste neoliberal foram sentidos sob muitas formas, dentre os quais destacamos: a desregulamentação da economia nacional e dos direitos sociais, sobressaindo a flexibilização dos direitos trabalhistas e as novas formas de trabalho; o compromisso com a diminuição do gasto público; a transferência de recursos das políticas sociais para o pagamento dos juros da dívida pública; e o conseqüente aumento das desigualdades sociais⁸ (NETTO, 1999; ANTUNES, 2002; FILGUEIRAS, 2006).

Vivenciou-se no Brasil a chegada tardia do neoliberalismo (BEHRING, 2003), provocando, assim, uma constante tensão entre a efetivação dos direitos sociais inscritos na última Constituição e o ajuste proposto pelo programa neoliberal. Ao analisar a instituição de políticas sociais pós ajuste neoliberal na América Latina, SOARES afirma:

(...) as políticas sociais estão determinadas, por um lado, pelos problemas sociais que conformam, estrutural e conjuntamente, uma demanda por serviços e benefícios sociais. Por outro, estão constringidas pela estrutura e funcionamento do setor público, particularmente por seus mecanismos de financiamento, cujas restrições, perpetuadas por longa crise econômica, vêm se tornando estruturais (SOARES, 1999 p.26).

No Brasil, como resultado desse processo iniciado na década de 1990, sobretudo nos governos de Fernando Henrique Cardoso (anos de 1995-1998 e 1999-2002, fase de ampliação e consolidação da ordem neoliberal) e em voga na atualidade com o governo do Partido dos Trabalhadores (fase de aperfeiçoamento e consolidação da proposta neoliberal), evidencia-se a subordinação dos direitos sociais (das políticas sociais) aos interesses econômicos do grande capital (BEHRING & BOSCHETTI, 2007; IAMAMOTO, 2010). Tal resultado tem se traduzido em políticas sociais públicas de caráter focalizado, seletivo e residual (BEHRING, 2003).

A integração das políticas de saúde, previdência social e assistência social inscrita no marco da seguridade social (CF de 1988, Título VIII, capítulo II, artigos 194 e 195) jamais foi efetivada. A seguridade social foi solapada e retornou a forma de seguro. Referindo-se à década de 1990, tempos de regulamentação da política de seguridade social em contraposição à proposta neoliberal para o Brasil, VIANNA destaca:

(...) inicia-se concomitantemente o desmonte institucional, orçamentário e conceitual da seguridade social. Cada uma das áreas previstas para compor organicamente o sistema – saúde, previdência e assistência social – encastela-se em seu próprio ministério. Cada uma das áreas terá suas fontes vinculadas de financiamento: as variadas receitas constitucionalmente estabelecidas em conjunto para a seguridade serão setorizadas e ao mesmo tempo centralizadas num órgão externo à seguridade, o Tesouro. E, no rastro do discurso oficial de

que o mundo havia mudado, o abandono do princípio da universalidade, embora jamais explicitado, se cristalizaria no enaltecimento dos novos preceitos liberais (VIANNA, 2008 p.129).

A proposta de efetiva universalidade (universalidade com equidade) na saúde e a transversalidade das políticas sociais públicas não se realiza em tempos de crescente redução do gasto público social⁹.

A instituição do SUS inaugura um novo modo de pensar a produção, as necessidades e os problemas em saúde, mas sua realização integral permanece incompleta à medida que foram apequenadas as condições concretas para o seu desenvolvimento. Tal contexto deixa evidente a disputa existente no SUS e no interior do próprio Estado brasileiro, a tensão entre os interesses dos trabalhadores (o público realizado pela esfera estatal) e os interesses do capital (dentre outros, a mercantilização dos serviços públicos).

DELIMITAÇÕES DO CAMPO DA ONCOLOGIA

Principalmente a partir do último século, houve redução das taxas mundiais de mortalidade e de natalidade, assim como aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população (LAURENTI, 1990). Houve também a intensificação dos processos de industrialização e urbanização, traduzindo-se em alterações no padrão de consumo e, no caso da América Latina, no recrudescimento da pobreza e das desigualdades sociais (SOARES, 2002).

Tais processos provocaram mudanças nos padrões de saúde-doença, a chamada transição epidemiológica. Houve diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e, ao mesmo tempo, aumento da incidência de doenças crônico degenerativas, com destaque para as doenças cardiovasculares e o câncer. Na América Latina, especialmente no Brasil, há ainda traços de transição para esse novo perfil epidemiológico, tendo ocorrido o aumento das doenças crônico degenerativas, mas ainda registra-se a presença de doenças infecciosas e transmissíveis por agentes externos, como o vírus do HPV¹⁰ e das hepatites B e C (LAURENTI, 1990; ALBANA, 1997). Assim, no Brasil do século 21 coexistem antigos e novos problemas de saúde, destacando-se as características do adoecimento por câncer.

O termo câncer (neoplasias malignas) é utilizado para nomear um grupo de doenças que se caracterizam pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. O câncer pode afetar pessoas de todas as idades, entretanto há associação entre envelhecimento e a maioria dos tipos de câncer (BRASIL, 2010). A cirurgia, a radioterapia¹¹ e a quimioterapia¹² são os principais tratamentos de combate e de controle do câncer (BRASIL, 2005).

Os cânceres são patologias crônicas e degenerativas, e normalmente os tratamentos propostos têm longa duração e característica espoliante, provocando repercussões físicas, subjetivas e sociais.

Identificam-se, no campo da oncologia, sobretudo nos últimos quarenta anos, importantes avanços na prevenção, diagnóstico, proposta terapêutica e cuidados paliativos¹³. Não obstante essa evolução, o câncer continua sendo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A partir dessa constatação é possível inferir que os avanços no campo tecnológico não estão disponíveis para a população em geral.

Conforme relatório apresentado pelo Centro Internacional de Pesquisas contra o Câncer da Organização Mundial de Saúde, o câncer deverá superar as doenças cardiovasculares no ano de 2030, devendo ser a primeira causa de mortalidade no mundo (WHO, 2008).

Segundo o estudo, os casos de câncer dobraram entre 1975 e 2000, e devem duplicar novamente entre 2000 e 2020. Em 2030, o câncer poderá ser fatal para 17 milhões de pessoas; o panorama vislumbrado é de 27 milhões de novos casos e de 75 milhões de pessoas vivendo com câncer durante os cinco anos seguintes a seu diagnóstico. Nos países capitalistas periféricos acontecerão mais da metade dos novos casos e dois terços dos óbitos. Assim, o aumento da incidência do câncer é uma tendência mundial, mas a mortalidade será crescente apenas nos países periféricos.

Tal quadro possibilita inferir a existência de correlação entre condições de vida, acessos aos serviços de saúde e as características do adoecimento e mortalidade por câncer. O aumento da incidência do câncer é apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma tendência mundial, relacionada principalmente com o aumento da expectativa de vida e também com o uso do tabaco. No entanto, a tendência de mortalidade crescente é associada aos países periféricos, entre eles o Brasil.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), com sede na cidade do Rio de Janeiro, é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e na coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer. Essas ações compreendem a assistência hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, como parte dos serviços oferecidos pelo SUS, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce; formação de profissionais especializados; desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica.

Desde 2003 o câncer é a segunda causa de morte na população nacional, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007¹⁴ no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Em números absolutos a mortalidade por câncer no Brasil tem significado cerca de 140 mil óbitos anuais desde 2004 (BRASIL, 2005; 2010).

As estimativas apresentadas pelo INCA¹⁵ para o ano de 2010, válidas também para o ano de 2011, apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer no país. São estimados 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil). Tal situação acompanha o mesmo perfil de magnitude observada para a América Latina.

A partir de uma análise mais detalhada dessa estimativa¹⁶ fica evidenciada a heterogeneidade espacial da distribuição dos novos casos. As regiões Sul e Sudeste, de maneira geral, apresentam as maiores taxas, enquanto que as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores taxas – possivelmente pela sub notificação dos casos. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário. Com base nessa fotografia da incidência, observa-se que, possivelmente, a maior concentração de serviços públicos nas regiões Sul e Sudeste influencie na distribuição de novos casos, entendendo que para o diagnóstico de câncer é necessária a alocação de recursos humanos e materiais e de condições para que a população possa acessar tais recursos.

Em 2005 o Ministério da Saúde institui, através da Portaria GM 2.439/05, a Política Nacional de Atenção Oncológica e define como focos de atuação a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos. E propõe a implementação dessa política em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas da

gestão pública; também a articulação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), dentre outros aspectos, parte de considerações, tais como: condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer; a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no país; a necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, objetivando qualificar a gestão pública.

A PNAO define competências nos diferentes níveis de atenção, sendo elas:

- a) Atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.
- b) Média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde.
- c) Alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção; determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)¹⁷ e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)¹⁸.

Fica evidente a retomada na PNAO de aspectos apontados na Lei 8.080/90, principalmente sobre a organização dos serviços - nos diferentes níveis de complexidade -

para dar conta do câncer como questão de saúde pública. Não obstante o avanço no campo político-jurídico, que significou a instituição de uma Política Nacional de Atenção Oncológica, principalmente acerca da ampliação da cobertura do atendimento aos doentes de câncer no país e a definição de competências, após quase cinco anos de instituição dessa política, ainda não houve alteração positiva no perfil de incidência do câncer ou no perfil de doença avançada; ao contrário, as estimativas atuais superam as apontadas para o ano de criação da PNAO.

As estimativas para 2004-2005, período de instituição da PNAO, indicavam 467.440 novos casos de câncer, em 2006-2007 apontavam para 472.050, em 2008-2009 falavam de 470.000 e, como dito anteriormente, as estimativas para 2010-2011 apontam para a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer no Brasil.

É importante destacar que as iniciativas do governo federal no sentido da construção de mecanismos legais que retomam a proposta original do SUS, como o caso da PNAO, não têm sido acompanhadas de condições concretas para a sua efetivação. No caso do câncer estão postas as bases legais para seu controle e combate via política pública estatal, mas essa mesma política não vem recebendo o financiamento¹⁹ adequado à sua realização. E a discussão sobre a efetividade da atenção oncológica não está dissociada das condições de vida dos sujeitos adoecidos pelas diferentes patologias oncológicas.

No Brasil, em oncologia a luta é ainda pela garantia das mínimas condições para o diagnóstico precoce de cânceres com potencial de tratamento e cura em estadiamentos iniciais e pela universalização efetiva - universalidade acompanhada de equidade e integralidade - desses tratamentos e incorporação de tecnologias acessíveis ao conjunto da população.

CONDIÇÕES DE VIDA E ADOECIMENTO POR CÂNCER

No campo da epidemiologia o conceito de “risco” tem sido utilizado como probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável ou um dano (BRASIL, 2005). Tal definição possibilita uma ampla compreensão e diferentes linhas de interpretação desse conceito.

Na oncologia observam-se grandes investimentos nas áreas de pesquisa básica, clínica e, mais recentemente, epidemiológica. Tais informações são encontradas de forma condensada no Centro Internacional de Pesquisas contra o Câncer²⁰ da OMS, com sede na França, e no Brasil, nas publicações²¹ do INCA, entre outras instituições de referência.

Os avanços na compreensão do adoecimento por câncer situam-se na vinculação do adoecer a uma multiplicidade de causas. Continuam como preponderantes os fatores associados à susceptibilidade genética, mas também ganham espaço os fatores de condições de vida e meio ambiente (BRASIL, 2005). No entanto, o termo ‘condição de vida’ é abordado de forma genérica. Nas publicações nacionais produzidas pelo INCA, são apontadas condições de vida principalmente no sentido de prevenção ou diagnóstico precoce dos cânceres, ou condições ambientais que possam contribuir para o surgimento da doença. Ou seja, condições de vida ideais para prevenção do câncer: alimentação saudável, prática de exercícios, limites no consumo de bebidas alcoólicas, não uso do tabaco, realização de exames periódicos específicos para o rastreamento de cânceres como o de mama e de colo do útero etc. Também são realizadas discretas associações entre incidência dos cânceres de estômago, do colo do útero e de fígado e precárias condições sócio-econômicas. Entretanto, essas associações tomam como base o fato de que o adoecimento por esses cânceres tem como um dos principais fatores a infecção por agentes externos (vírus do HPV e hepatites B e C) e que a exposição a esses agentes seria característica de países periféricos como o Brasil.

Na literatura de referência não são encontradas discussões que apontem para a relação existente entre o adoecimento e o acesso ao tratamento de câncer e as condições de vida dos trabalhadores usuários do SUS; o adoecimento e o acesso ao tratamento de câncer e as condições de vida das mulheres²² inseridas no mercado de trabalho em condições precárias e sua participação na problemática do câncer como enfermas ou como cuidadoras; o adoecimento em fase avançada e a nova conjuntura que se apresenta para esse sujeito enfermo e sua família²³ na criação de condições objetivas para a prestação de um cuidado em domicílio; dentre outras correlações possíveis.

Então, o que são condições de vida em relação ao adoecimento por câncer?

Condição de vida é um termo genérico e só é possível utilizá-lo à medida em que é qualificado. É radicalmente necessário destacar que o sentido de ‘condições de vida’ para um trabalhador brasileiro abarca um conjunto de situações de exploração e usurpação de direitos.

O mesmo termo utilizado em relação ao detentor dos meios de produção ganha outros sentidos. É necessário reafirmar a diferenciação entre os sentidos de condição de vida nas classes sociais. Como também explicitar a heterogeneidade atual da classe trabalhadora, da classe-que-vive-do-trabalho, nas palavras de ANTUNES:

(...) a classe trabalhadora, hoje inclui a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central os trabalhadores produtivos (no sentido dado por Marx, especialmente no capítulo VI, inédito). Ela não se restringe, portanto, ao trabalhador manual direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo assalariado. (...) Mas a classe-que-vive-do-trabalho engloba também os trabalhadores improdutivos, aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para uso público ou para o capitalista, e que não se constituem como elemento diretamente produtivo, como elemento vivo do processo de valorização do capital e de criação de mais-valia (ANTUNES, 2002 p. 102).

A perspectiva ampliada de classe trabalhadora incorpora todos que de alguma forma vendem sua forma de trabalho em troca de salário. Inclui o proletariado industrial, os assalariados em geral, os trabalhadores inseridos em regimes precários de terceirização e/ou contratos temporários etc. A classe trabalhadora em tempos de neoliberalismo tem sentido os efeitos da regressão dos direitos sociais e do acirramento das desigualdades sociais (ANTUNES, 2002; SOARES, 2002).

Dessa forma, as possibilidades de produção de saúde e as condições do adoecimento por câncer terão particulares implicações ao serem vivenciadas pelo trabalhador ou trabalhadora.

O adoecimento por câncer produz implicações em aspectos físicos/clínicos, emocionais/subjetivos e sociais. O diagnóstico e o tratamento de patologias oncológicas tendem a serem desgastantes por tratar-se de doença crônica e pelas propostas de tratamento ainda bastante invasivas. Tal cenário se agudiza à medida que se somam questões como a dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce e ao próprio tratamento preconizado e, também, a limitada proteção social promovida pelo Estado. Entenda-se por limitada proteção social questões como: a situação posta ao sujeito adoecido por câncer sem vínculo previdenciário que depende da sua condição física para a venda de sua força de trabalho a fim de promover sua subsistência (e comumente também de sua família); a situação do usuário com vínculo que enfrenta inúmeras dificuldades e constrangimentos por parte do empregador para comparecer às consultas e exames no curso de um tratamento prolongado; dentre outras questões.

A partir da doença diagnosticada, em princípio, inicia-se um processo de tratamento que solicita a disponibilidade do sujeito enfermo para a realização de uma série de exames, acompanhamentos e a própria proposta terapêutica (radioterapia, quimioterapia, cirurgia ou mesmo a combinação dessas propostas).

A efetivação desse tratamento depende de condições concretas - da oferta desses serviços pelo SUS e de condições de vida adequadas para que esse sujeito enfermo possa realizar o tratamento. Os determinantes da questão social influenciam fortemente as condições de efetivação desse tratamento.

Indivíduos submetidos a regimes precarizados de trabalho têm em sua condição física a possibilidade de geração de renda e nenhuma proteção social no caso de adoecimento. Outro componente trata-se das famílias que precisam reorganizar-se para atender as necessidades de acompanhamento desse enfermo e da possível ausência de contribuição financeira.

Mesmo os trabalhadores com inserção formal no mercado de trabalho, quando em condições de adoecimento, gozam de limitada (e insuficiente) proteção social. Os efeitos do adoecimento por câncer nos trabalhadores (com vínculo previdenciário ou não) ganham um cariz severo em tempos de consolidação neoliberal.

A noção de adoecimento por câncer como questão de saúde pública é indissociável das condições para a produção de saúde e as possibilidades concretas para o diagnóstico precoce e para a adesão ao tratamento.

A oncologia não constitui espaço apartado da realidade social, ao contrário, é importante fotografia dessa realidade que relaciona a experiência do adoecimento (inerente ao humano e com componentes objetivos e subjetivos) com as condições para o seu desfecho do tratamento (mediado por condições concretas). A oncologia constitui-se como uma particularidade de uma totalidade que é a própria realidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sentido da ampliação do conceito de saúde extrapola os aspectos de ordem jurídico-legal e apresenta-se na análise acerca dos condicionantes do processo saúde-doença, da organização dos serviços de saúde e na compreensão das demandas/necessidades dos usuários do SUS, inclusive as que extrapolam o próprio sistema de saúde.

A compreensão da saúde como resultante de políticas sociais e econômicas demanda a apreensão da realidade em que estão inseridos os usuários e o estabelecimento de nexos entre essa realidade, os riscos de adoecimento e as indicações de tratamento. No caso do adoecimento por câncer estão implicadas questões, entre outras, relacionadas ao acesso ao diagnóstico precoce da doença, aos condicionantes da adesão ao tratamento e, também, aos limites na proteção social promovida pelo Estado aos trabalhadores portadores de neoplasia maligna. As condições de vida do sujeito enfermo não constituem uma realidade apartada do tratamento oncológico, ao contrário, são determinantes para a efetivação do tratamento de quaisquer tipos de câncer.

Ações que produzam o controle e do combate do câncer exigem o exercício da transversalidade das políticas sociais públicas e a consideração das condições de vida da população no acesso ao diagnóstico e adesão ao tratamento oncológico. Para tanto, é necessário que haja políticas sociais estatais, e essa é uma proposta que não vem sendo assumida por sucessivos governos. Estes governos têm empreendido uma perspectiva do baixo gasto público em saúde e em outras políticas de interesse do coletivo dos trabalhadores.

As análises acerca do ajuste neoliberal brasileiro, sucintamente apresentadas neste texto, constituem-se como base para a compreensão de diferentes fenômenos no setor saúde; neste espaço, o objetivo foi reiterar a emergência dessa análise crítica no campo da oncologia. É necessário que o debate crítico acerca da saúde no Brasil se posicione além das macro estruturas do modelo SUS e instale-se também nas particularidades, como no caso da oncologia. Relacionando os aspectos do acesso integral ao sistema e as condições de vida da população brasileira. As considerações iniciais apresentadas neste texto constituem-se em convite a esta problematização.

LIVING CONDITIONS AND THE DEVELOPMENT OF CANCER

ABSTRACT

During the last decades, we have seen an increase in incidence of cancer and mortality in Brazil and around the world, configuring this scenario as a public health issue. Factors such as the aging population and changing living habits are important for understanding the increasing number of cancer cases but they are not sufficient for an expanded analysis of the conditions that lead to illness due to cancer and the possibilities for effective treatment. This requires consideration of

people's living conditions and access to health services. This article aims to contribute critically with the problems of falling ill with cancer in Brazil.

Key words: illness with cancer, illness and social issue; cancer incidence in Brazil.

Notas:

¹ A Biblioteca Virtual de Saúde pauta-se em literatura científica e técnica em saúde e tem como base índices como o LILACS, SciELO, MEDLINE, entre outros. Estão disponíveis textos em português, inglês e espanhol. Endereço BVS: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt> acesso em 29 de outubro de 2010.

² Nove artigos em português, três em espanhol e um em inglês.

³ Os três artigos em língua portuguesa.

⁴ No artigo 194, a CF de 1988 define que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

⁵ Constituição Federal de 1988, Lei 8.080/90, Lei 8.142/90 e demais normatizações, decretos e portarias.

⁶ Integralidade como acesso aos diferentes níveis de atenção e, também, assistência prestada por equipe multiprofissional com foco nas necessidades e demandas dos usuários. Integralidade para além de dispositivos de organização técnica.

⁷ Exemplos de indicadores sociais de saúde: taxa de natalidade; esperança de vida ao nascer; taxa de mortalidade infantil; taxa de urbanização; taxa de desnutrição infantil; taxa de mortalidade pelos principais grupos de doença, ocupando aqui o segundo lugar o câncer. Para aprofundamento dos conceitos de indicadores sociais ver 'Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações', de Paulo de Martino Jannuzzi, editora Alínea (Campinas/SP), 2009.

⁸ Ver estudo 'Os ricos no Brasil' em Atlas da Exclusão Social, de Márcio Pochmann, editora Cortez (SP), 2004, vol. 3.

⁹ Entenda-se por 'redução de gasto público social' a redução de investimentos do Estado no sentido da universalização das políticas públicas.

¹⁰ O HPV, Papilomavírus Humano, é o principal fator de risco para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero (BRASIL, 2010).

¹¹ Forma de tratamento que consiste na irradiação do tumor com utilização de substâncias ou materiais radioativos, com o objetivo de destruí-lo ou mesmo impedir a proliferação das células tumorais.

¹² Método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos ou pelo adoecimento por diferentes cânceres.

¹³ A OMS (2002) definiu Cuidados Paliativos como uma "abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual".

¹⁴ Data da última consolidação desses dados.

¹⁵ O INCA elabora as estimativas de câncer no Brasil desde o ano de 1995 e adota como suportes para a realização da publicação os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP). As publicações acontecem a cada dois anos.

¹⁶ Estimativa 2010. Disponível em www.inca.gov.br.

¹⁷ UNACON - hospital que possua 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 no Brasil.

¹⁸ CACON - hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

¹⁹ Para aprofundamento do tema ver 'Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia', de Ivanete Boschetti e Evilásio Salvador, Revista Serviço Social e Sociedade nº 87, editora Cortez (SP), 2006.

²⁰ Informações disponíveis em <http://www.iarc.fr/>.

²¹ Informações disponíveis em <http://www.inca.gov.br>.

²² Ver o texto intitulado Divisão Sexual do Trabalho: transversalidade entre as dimensões de classe e gênero em 'Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho', autor Ricardo Antunes, editora Boitempo (SP), 2002.

²³ Família compreendida com núcleo de pessoas que estabelecem certa convivência em lugar determinado, unidas ou não por laços consangüíneos, por certo lapso de tempo, conforme definição de MIOTO (1997).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBALA, C.; VIO, F.; YANEZ, M. *Transición epidemiológica en América Latina: comparación de cuatro países*. Santiago: Rev Med Chile, 1997.

ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2002.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In SADER, E.; GENTILI, P.(orgs). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

BEHRING, E.R. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história. Biblioteca básica de serviço social*. 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

_____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439 de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 21ª ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil*. Estimativas 2005. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil*. Estimativas 2004. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil*. Estimativas 2006. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil*. Estimativas 2008. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Situação do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível <http://www.inca.gov.br/situacao/> Acesso em 4 de outubro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativas da Incidência de Câncer no Brasil. Estimativas 2010*. Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/> Acesso em 4 de outubro de 2010.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.S. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL, MS, *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: IMS, CEPESC, ABRASCO, 2005.

FILGUEIRAS, L. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In publicação: Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales. BASUALDO, E. M.; ARCEO, E. (orgs). *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*. Buenos Aires: CLACSO, 2006.

IAMAMOTO, M.V. *Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 4ª Edição. São Paulo: Cortez, 2010.

LAURENTI, R. *Transição demográfica e transição epidemiológica. Anais 1º do Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.

MIOTO, R. *Família e Serviço Social: contribuições para o debate*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1997. n. 55, p.114-130.

NETTO, J.P. *FHC e as políticas sociais: um desastre para as massas trabalhadoras*. In LESBAUPIN, I. (org). *O desmonte da nação: balanço do governo FHC*. Petrópolis: Vozes: 1999.

SOARES, L.T.R. Política de ajuste e reformas da seguridade social na América Latina. In: ANDREAZZI e TURA (orgs). *Financiamento e Gestão do Setor Saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1999.

_____. *Os custos do ajuste neoliberal na América Latina. Questões da nossa época*. 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 2002.

VIANNA, M. L. T. W. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica. In: *Política Social e Serviço Social: elementos históricos e debate atual*. Revista Praia Vermelha nº 18, 1º semestre de 2008. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

WHO. World Health Organization. *World Cancer Report 2008*. Lyon: WHO, 2008. Disponível em <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/> Acessado em 25 de maio de 2010.