

DESIGUALDADE SOCIAL E CÂNCER: QUESTÕES PARA O DEBATE

SOCIAL INEQUALITY AND CANCER: QUESTIONS FOR DEBATE

Ana Laura

RESUMO

O adoecimento por câncer na atualidade constitui-se num complexo problema de saúde pública, dada a sua multiplicidade de fatores. Dentre eles, os aspectos sociais relacionados às condições de vida e trabalho da população. Esta Revisão Bibliográfica buscou investigar a associação entre os temas 'desigualdade social e câncer' objetivando demonstrar como essa é tratada em artigos científicos. Os resultados demonstram a escassez de estudos sobre a temática e as poucas produções encontradas tecem reflexões sobre a relação entre fatores socioeconômicos e a ocorrência de adoecimento e morbimortalidade por câncer; acesso a exames específicos e tratamento e o impacto da desigualdade racial para a saúde, não abordando de forma específica à temática da Desigualdade Social. Evidencia-se a necessidade de estudos que estabeleçam correlações entre a desigualdade social e o câncer.

Palavras chave: desigualdade social, câncer e saúde pública.

ABSTRACT

The illness from cancer today becomes a complex public health problem, given the multiplicity of factors. Among them, the social aspects related to the conditions of life and work of the population. This Literature Review sought to investigate the association between the subjects 'social inequality and cancer' aiming demonstrate how this is handled in scientific articles. The results demonstrate the lack of studies on the subject and the few productions found weave reflections on the relationship between socioeconomic factors and the occurrence of illness and mortality from cancer; access to specific exams and treatment and the impact of racial inequality to health and does not address specifically the issue of Social Inequality. Highlights the need for studies to establish correlations between social inequality and cancer.

Keywords: social inequality, cancer and public healthcare.

1- INTRODUÇÃO

O câncer¹ configura-se como um complexo problema de saúde pública, dada sua multiplicidade de fatores, sejam eles de ordem epidemiológica, cultural, econômica e social. De acordo com as Estimativas 2014 - Incidência de câncer no Brasil (BRASIL, 2014, p.26), foram apontados para o ano de 2014, 576 mil novos casos da doença no Brasil.

Tendo em vista o impacto dessa problemática, o Ministério da Saúde (MS) em 2005 instituiu através da Portaria GM 2.439/05, a Política Nacional de Atenção Oncológica, que preconizava ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Essa legislação apontava para a necessidade de estruturação de uma rede de serviços para a garantia de atenção integral à população. Entretanto, apesar de sua importância legal, conforme análise das estimativas nacionais de incidência e mortalidade pós 2005, essa não imprimiu alterações relevantes no perfil de incidência do câncer ou no perfil de doença avançada no Brasil.

Dessa forma, em 2013, através da Portaria nº 874, de 16 de maio, o MS instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo:

A redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Essa política traz em sua centralidade o enfoque na prevenção e controle do câncer, entretanto, observa-se que no cotidiano das instituições o foco é no tratamento (SILVA, 2010;

¹Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso: 19/12/2014.

CARVALHO, 2004). Percebe-se na realidade a dificuldade de se efetivar medidas de controle e enfrentamento do problema, principalmente porque há a ênfase no “tratamento” da doença instalada, no nível da alta complexidade e não em prevenção em todos os níveis de atenção, bem como um recorte de atenção focado na dimensão biológica do adoecimento.

O trato da atenção oncológica como uma política pública pressupõe prioridade na oferta de ações de atenção básica² e média complexidade³. Tal assertiva reitera que saúde não é estritamente uma questão biológica ou mesmo de construção de bases legais. Essa visão minimalista pode ser refutada se olharmos para a problemática de forma ampliada, iluminados pela compreensão abrangente de saúde promulgada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na década de 1986. Nela, a saúde passa a ser considerada a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde⁴. Inclusive esse texto, que marca um novo paradigma de entendimento da saúde, foi base para a construção da Lei 8080/1990 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Os instrumentos legais que buscam a efetivação do direito à saúde pública e de qualidade por si só não garantem condições concretas para a sua efetivação. No caso do câncer, para seu enfrentamento, para além da questão epidemiológica, gestão de serviços, investimento financeiro para a estruturação da atenção oncológica e implementação de tecnologias em saúde é necessário desvelar as condições de vida dos sujeitos adoecidos pelas diferentes patologias oncológicas.

A situação de saúde de uma população relaciona-se ao sistema econômico adotado por uma nação em um determinado período histórico, que por sua vez pode contribuir para o surgimento e radicalização das desigualdades sociais. Ao refletirmos sobre a realidade da sociedade brasileira recorremos a Yamamoto que compreende que:

A formação histórica brasileira é marcada pelo desenvolvimento desigual, este compreendido como a desigualdade entre desenvolvimento econômico e

² MS- A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. **Política Nacional de Atenção Básica.** Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso: 20/11/2014.

³ A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS – Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).

⁴ Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Fonte: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20/11/2014.

social, ou seja, o desenvolvimento do setor econômico não representa a melhoria das condições de vida de toda uma população, uma vez que há concentração de renda nas mãos de um extrato minoritário da sociedade em oposição à ampliação da pobreza (2010, p.38).

Neste cenário ampliam-se as desigualdades sociais, que caminham juntas ao modo de produção capitalista, uma vez que a classe trabalhadora é que subsidia a produção capitalista através do seu trabalho, contribuindo para o aumento da riqueza concentrada na mão de poucos.

De acordo com Smolentzov (2006, p.55) “as desigualdades produzidas pelas sociedades se exprimem no corpo, uma vez que o social se transcreve no biológico”. Considerando este postulado, este estudo, que é uma revisão bibliográfica, objetivou investigar a associação entre os temas desigualdade social e câncer e demonstrar como a associação desses conceitos é tratada em artigos científicos, a fim de dar visibilidade à temática como um dos elementos condicionantes do processo de adoecimento, acesso e continuidade do tratamento oncológico. Espera-se, também, com este estudo preliminar, contribuir para a reflexão ampliada acerca da relação desigualdade social e câncer.

Foram analisados artigos científicos com a associação entre os temas desigualdade social e câncer nos idiomas português, inglês e espanhol. Para a realização da pesquisa, utilizamos a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Na busca inicial foram encontradas 24 produções científicas, sendo treze artigos científicos, sete teses, duas monografias e dois recursos de internet (jornais). Entretanto, para a análise deste estudo, foram considerados oito artigos, que atenderam os requisitos estabelecidos, quais sejam: pertencer ao período de uma década, compreendendo os anos de 2003 a 2013, estar disponível para leitura gratuitamente e que tratassem ou se aproximassem da temática objeto deste estudo. Desses, seis estavam no idioma português e dois em espanhol.

A partir da análise das produções, realizamos a organização do material, procurando capturar as ideias centrais de cada obra, para, após efetuarmos o preenchimento das fichas de leitura que continham os seguintes itens: título; autores; ano de publicação; problema abordado; localização geográfica do estudo; Aproximação com a categoria de análise desigualdade social e a relação apresentada entre as desigualdades sociais e câncer (quando abordada pelos autores).

2- RESULTADOS

A estratégia de busca resultou em 22 produções e após seleção, obtiveram-se 8 artigos. Seus dados centrais estão sintetizados e descritos de forma geral no Quadro 1 e após discutidos no item 3.

Quadro1: Descrição dos Estudos.

Artigo/ Autores/ Ano e Revista de Publicação	Objetivo	Aproximação com a categoria de análise Desigualdade Social
<p>1. Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001-2003.</p> <p>Santos, Sony Maria dos; Guimarães, Maria José Bezerra; Araújo. Thália Velho Barreto de.</p> <p>Publicado em 2007. Saúde e Sociedade.</p>	<p>Caracterizar desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas negras e brancas, residentes em Recife, entre 2001 e 2003.</p>	<p>Seus achados revelam iniquidades em saúde das mulheres negras, decorrentes da violação de direitos que dificultam a ascensão social e o acesso a condições dignas de saúde.</p>
<p>2. Associação entre carência social e causas de morte entre idosos residentes no Município de Recife, Pernambuco-Brasil.</p> <p>Vanessa de Lima Silva, Márcia Carréra Campos Leal, Jacira Guiro Marino, Ana Paula de Oliveira Marques.</p> <p>Publicado em 2008. Cad. Saúde Pública.</p>	<p>Analisar a associação entre carência social e causas de morte na população idosa residente na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil, no ano de 2000.</p>	<p>Associação entre carência social e causas de morte da população.</p>
<p>3. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas/São Paulo-</p>	<p>Analisar a prevalência da não realização do exame clínico das mamas e da mamografia segundo variáveis sócio-</p>	<p>Identifica Desigualdade racial e Iniquidade no acesso a exame de mamografia no município em segmentos sociais mais carentes.</p>

<p>Brasil.</p> <p>Vivian Mae Schmidt Lima Amorim, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Chester Luiz Galvão César, Luana Carandina, Moisés Goldbaum.</p> <p>Publicado em 2008. Cad. Saúde Pública.</p>	<p>econômicas, demográficas e de comportamentos relacionados à saúde, em mulheres com 40 anos ou mais, residentes na cidade de Campinas/SP, Brasil.</p>	
<p>4. Pobreza, inequidad y câncer.</p> <p>Andrés Solidoro Santisteban</p> <p>Publicado em 2010. Acta Med Per.</p>	<p>Analisa a problemática da pobreza, desigualdade e câncer, a partir de uma análise socioeconômica</p>	<p>Pobreza associada a alguns tipos de câncer.</p>
<p>5. Câncer en la población de menores de 15 años en Argentina</p> <p>María Graciela Abriata, Florencia Moreno</p> <p>Publicado em 2010. Rev Argent Salud Pública.</p>	<p>Analisa as taxas de incidência de câncer infantil em menores de 15 anos na Argentina.</p>	<p>Iniquidades Socioeconômicas.</p>
<p>6. Desigualdade social no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no Município de São Paulo, Brasil: 1997 a 2008</p> <p>Maria Angela Fernades Ferreira, Murilo Novaes Gomes, Fernanda Alessandra Silva Micheles, Aldo Aluisio Dantas e Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre.</p> <p>Publicado em 2012. Cad. Saúde Pública.</p>	<p>Avaliar a distribuição espacial e o efeito de indicadores socioeconômicos no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo.</p>	<p>Compreendem a desigualdade a partir das diferenças socioeconômicas.</p>
<p>7. Desigualdades associadas a não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011.</p> <p>Rafael Bandeira Lages Giuliano da Paz Oliveira Valter Morais Simeão Filho Felipe Melo Nogueira</p>	<p>Analisar o percentual de mulheres que não realizaram mamografia segundo variáveis socioeconômicas e demográficas em mulheres de 40 a 69 anos de Teresina-PI.</p>	<p>Desigualdade racial e socioeconômica associadas a não realização do exame.</p>

<p>João Batista Mendes Teles Sabas Carlos Vieira.</p> <p>Publicado em 2012. Ver. Bras. Epidemiologia.</p> <p>8. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008.</p> <p>André de Almeida Ribeiro e Adelaide Cassia Nardocci.</p> <p>Publicado em 2013. Saúde e Sociedade.</p>	<p>Investigar associação entre nível socioeconômico e incidência e mortalidade por câncer e seus tipos, através de revisão de estudos ecológicos.</p>	<p>Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por neoplasias malignas.</p>
---	---	---

3- DISCUSSÃO

Foram analisados neste estudo 08 artigos, sendo que os Cadernos de Saúde Pública e Saúde e Sociedade tiveram o maior número de publicações, totalizando cinco textos. Quanto ao período de publicação, tem-se um intervalo de produções de 2004 a 2013, com produções que demonstram regularidade de estudos. Entretanto, são números ainda pouco expressivos diante da importância da temática como bem analisam Santos e Gerhardt:

Tendo em vista a importância e magnitude do problema das desigualdades sociais e suas relações com a saúde em nosso país e da difícil e complexa resolução desses problemas, é surpreendente que esta temática, apesar dos avanços teórico-metodológicos obtidos no campo da saúde, tenha sido tão pouco abordada, no período estudado (2008, p.131).

Embora os autores citados tenham realizado estudo buscando discutir a relação entre desigualdades sociais e as de saúde e não especificamente com o câncer, suas conclusões são relevantes para corroborar os dados de nosso estudo, uma vez que à temática do câncer constitui-se em um recorte de uma problemática que se insere na saúde pública de forma geral. Dessa forma, aqui expomos as idéias centrais das obras analisadas e suas aproximações com a categoria de análise Desigualdade Social e Câncer.

No artigo 1, as autoras discutem a desigualdade racial relacionada à mortalidade por causas diversas. Concluem que a maior parte de seus achados são reveladores de iniquidades

em saúde das mulheres negras, oriundas das relações discriminatórias vivenciadas no contexto sócio político de desenvolvimento de nosso país, Barbosa (1998, p.4) pontua a importância de se identificar os problemas que afetam sobremaneira a saúde de mulheres negras.

No artigo 2, as autoras analisam a associação entre carência social e causas de morte da população idosa da cidade do Recife, seus dados mostraram associação importante de carência social com a mortalidade por causas como pneumonia, tuberculose e desnutrição, etc. No que tange a morte por neoplasias de brônquios, pulmão e mama, não houve associação significativa.

Esse estudo apresenta uma importante contribuição, ao discutir o envelhecimento populacional e os fatores que influenciam no adoecimento e mortalidade da população. De acordo com Castellanos *apud* Silva et al.:

A mortalidade é influenciada por processos de caráter contraditório, dentre os quais podem- se destacar: as iniquidades sociais e desigualdades nas condições de vida; o processo de urbanização; mudanças na estrutura de idade da população, na composição da força de trabalho e no mercado de trabalho no nível de educação da população e mudanças na organização dos serviços de saúde (2008, p.1013).

O estudo em discussão apesar de realizar o recorte de uma determinada faixa etária e uma dada localidade em sua análise, supera a leitura biologicista da questão da saúde, realizando as associações entre a conformação sociopolítica da cidade do Recife e o quadro de mortalidade da população idosa e oferecendo elementos para pensar-se em intervenções que respondam as necessidades de saúde da população idosa.

No artigo 3, os autores buscam correlacionar as características sócio-econômicas das entrevistadas e como esta interfere no acesso ao exame, evidenciando que mulheres de menor nível sócio-econômico tiveram maior prevalência de não realização do exame, revelando assim, o grau de iniquidades da cidade de São Paulo e significativas desigualdades sócio-econômicas e raciais quanto ao acesso a práticas preventivas.

Ao refletirmos a questão de gênero na saúde, a condição de ser mulher, pobre, chefe de família, mãe, inserida no mercado formal ou informal de trabalho e o seu nível de escolaridade contribui substancialmente para dificultar o acesso dessa mulher aos serviços de saúde

No artigo 4, o autor faz referencia ao câncer como problema de saúde pública nos países pobres e em desenvolvimento, realiza uma análise socioeconômica indicando ações de

prevenção e detecção precoce como alternativas para responder a problemática do câncer, considerando a realidade econômica destes países. Ao demonstrar que as taxas de sobrevivência de pacientes com câncer em países em desenvolvimento são maiores que a dos países de 3º mundo, parece-nos lícito afirmar que a população pobre vivencia o adoecimento por câncer de forma intensificada, uma vez que sobre ela recaí além do peso do adoecimento às falhas na rede de atenção a saúde, desde o menor acesso a serviços diagnósticos até o tratamento, que impactam de forma negativa na sobrevivência dos usuários.

Corroborando com esses achados, pesquisa realizada em 2001 por Noronha e Andrade (p.887), as desigualdades sociais em saúde no Brasil foram estudadas a partir da análise socioeconômica e evidenciaram a existência de desigualdade em saúde em favor de grupos de alta renda. Isso significa que os indivíduos que pertencem a classes sociais com menor renda/poder aquisitivo sofrem os efeitos nefastos da desigualdade social em sua saúde de forma intensificada, se manifestando desde ausência de condições de vida e de trabalho promotoras de qualidade de vida, acesso à alimentação, condições sanitárias, de meio ambiente e habitacional adequadas até conformação de seu perfil de adoecimento e morte.

Já no artigo 5, as autoras relacionam Iniquidades socioeconômicas à dificuldades de acesso a serviços de saúde na Argentina, que contribuem para a redução de sobrevivência dos pacientes, uma vez que há o predomínio de diagnóstico tardio, lacunas da rede de atenção a saúde fazendo que os pacientes tenham de se deslocar para grandes centros para acessar o tratamento e com isso perdem a oportunidade terapêutica.

A ausência de uma rede de saúde estruturada para além das grandes capitais pode se contrapor a efetivação de um tratamento adequado em tempo oportuno, na realidade brasileira, as normativas legais trazem a previsão de regionalização em saúde e hierarquização dos níveis de assistência. Todavia, o desconhecimento acerca da constituição do sistema de saúde Argentivo e de suas normativas constitui-se em limitação para a análise proposta neste artigo acerca desta produção.

No artigo 6, os autores buscam avaliar a distribuição espacial e o efeito de indicadores socioeconômicos no adoecimento e morte pelos tipos de câncer referenciados acima. O estudo demonstrou um padrão espacial desigual no que tange a mortalidade por câncer entre as diferentes áreas da cidade, tendo maior predomínio nas áreas periféricas da cidade.

Embora não conceituem Desigualdade Social, discutem o espaço como unidade de análise e como sua constituição contribui para a agudização das desigualdades sociais que afetam a saúde da população. Ao encontro disso Santos *apud* Ferreira *et al.* Indicam que:

As diferenças entre os lugares são o resultado do arranjo espacial dos modos de produção particulares, ou seja, as transformações ocorridas no espaço são determinadas pelas necessidades sociais, econômicas e políticas, evoluindo a partir dos modos de produção e de seus momentos sucessivos, com ampla influência das determinações econômicas internacionais (2012, p. 1670).

No artigo 7, os autores apontam indícios de desigualdade no acesso ao exame relacionando variáveis socioeconômicas e demográficas, fazendo referência a desigualdade racial e sócioeconômica. Ao longo do texto, apresentam a correlação do nível de escolaridade, renda familiar como elementos que refletem as profundas desigualdades socioeconômicas. Seus achados nos permitem pensar sobre a necessidade de ampliação da oferta de exame e cobertura em diferentes regiões do país com vistas à universalidade do acesso, todavia, por mais importantes que sejam as sinalizações, os autores não desenvolvem ao longo do texto discussões aprofundadas sobre os fatores que geram as Iniquidades Sociais e seus desdobramentos na saúde, restringindo suas discussões a questão do acesso a um determinado tipo de exame.

Por fim, o artigo 8 busca investigar associações entre nível socioeconômico e incidência e mortalidade por câncer e seus tipos. Verifica-se um risco maior nos estratos mais pobres para incidência e mortalidade por cânceres de esôfago e estômago, para incidência dos de cólon e pulmão e mortalidade pelos de laringe e cavidade oral, nos homens, e para incidência e a mortalidade pelos de esôfago, estômago e colo uterino e para incidência dos de cólon e pulmão, nas mulheres.

Nele, os autores realizaram a revisão de estudos que analisavam diferentes países, dentre eles o Brasil, em sua discussão a centralidade é a relação da incidência e mortalidade por câncer relacionada ao nível socioeconômico, fundamentam suas discussões com autores que citam o nível em análise com hábitos, como o tabagismo, consumo de álcool, dieta alimentar e comportamento sexual de determinadas classes sociais que contribuem para a incidência de determinados tipos de câncer. De acordo com Ribeiro e Nardocci (2013, p.887) “a prevalência diferencial e dinâmica desses fatores através das classes sociais pode explicar em grande parte esses gradientes”.

O artigo é finalizado apresentando índices de relação das desigualdades socioeconômicas coma incidência e mortalidade por câncer, sem se propor a um aprofundamento sobre as causas e significados dessas desigualdades.

De uma forma geral, os artigos em análise tecem reflexões sobre a relação entre fatores socioeconômicos e a ocorrência de adoecimento e morbimortalidade por câncer;

acesso a exames específicos e tratamento em tempo oportuno, o impacto da desigualdade racial para a saúde. Entretanto, necessitam de correlações mais aprofundadas sobre o conceito de desigualdade social e suas categorias de análise, sendo necessário a discussão de como estas resultam do modelo econômico adotado pelas nações, superando análises focalizadas do problema em questão.

As produções que realizam uma análise socioeconômica relacionada à questão saúde são fundamentais, dada à importância desta dimensão na conformação da situação de saúde de uma população e considerando que, segundo a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde:

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, os determinantes mais gerais e distais do modelo de Dahlgren e Whitehead, geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos. (2008 p.52).

Todavia, somente a análise socioeconômica não contribui para a compreensão da Desigualdade Social e sua relação com o câncer, uma vez que para além da condição socioeconômica, é necessário relacionarmos a situação de saúde ao contexto social e de políticas que representam o acesso ou não a educação, trabalho, renda, condições de saúde relacionadas à habitação, trabalho, entre outras, que vão culminar na exposição a riscos, na geração de vulnerabilidades e que necessitam de intervenções públicas para seu enfrentamento e superação.

Percebe-se uma grande lacuna na produção científica que se debruce sob a análise da importante associação “*Desigualdade Social e Câncer*”. Entendemos que a realização desses nexos associativos é fundamental para a compreensão do quadro epidemiológico da situação do câncer no Brasil, bem como para planejar ações efetivas para seu enfrentamento, uma vez que o câncer deverá superar as doenças cardiovasculares no ano de 2030, devendo ser a primeira causa de mortalidade no mundo, conforme relatório apresentado pelo Centro Internacional de Pesquisas contra o Câncer da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008).

Tal estimativa, exige a reflexão sobre a correlação das condições de vida e de trabalho as características do adoecimento e mortalidade por câncer de uma população, uma vez que as necessidades de saúde e as demandas que chegam aos serviços de saúde são totalidades saturadas de determinações (econômicas, políticas, culturais, ideológicas etc.) e exigem mais

do que ações imediatas e de cunho estritamente biológico e/ou farmacológico. Elas implicam intervenções públicas que emanem de escolhas em favor dos interesses de uma política de saúde pública, universal e de qualidade.

Cabe desmistificar a ideia de “cada caso é um caso” e compreender, nas singularidades, o caráter de totalidade dos processos de atenção em saúde, e, para tanto, é necessário considerar a indissociabilidade entre desigualdade social e produção de saúde.

Apesar da importância desta temática, Santos e Gerhardt (2008, p.130) analisaram as relações entre desigualdades sociais e as de saúde em artigos publicados em quatro revistas científicas nacionais e chamam a atenção para a escassez de publicações sobre esse tema tão relevante, haja vista sua importância e magnitude na realidade brasileira. Os autores pontuam que a maior concentração de produções sobre a questão em estudo estava nas regiões Sul e Sudeste, especialmente nos estados do Rio Grande do Sul e São Paulo, com a tendência de abordar a questão a partir da dimensão socioeconômica relacionadas a comorbidades ou eventos específicos, prevalecendo à noção de saúde com ênfase na concepção biológica.

Os dados em discussão corroboram os achados de nosso estudo, embora nosso objeto seja a especificidade da *desigualdade social e câncer*. Podemos inferir a partir das produções analisadas que não há o reconhecimento de saúde como uma categoria abrangente e multifacetada. Observamos, a partir desse estudo preliminar, que a análise e estudo das categorias *desigualdade social e câncer* tendem a mostrar-se de forma restrita.

Debruçamo-nos sobre a questão da desigualdade social por entendermos essa como categoria fundamental para pensarmos a saúde em todos os seus níveis, contradições e aspectos. Considerando que a vida se dá e se constrói em sociedade, os níveis de desigualdade social de uma nação expressam as condições de vida dos seus indivíduos nessa sociedade.

Ao tecermos discussões acerca da Desigualdade Social e o Câncer, é fundamental nos remetermos sobre o contexto social da década de 1980, uma vez que se constituiu num marco histórico para a saúde pública no Brasil, pois o modelo de saúde vigente passa a ser questionado e atualiza-se nessa conjuntura a necessidade de compreender os diferentes elementos que afetam a saúde da população.

Data dessa década a promulgação da Constituição Federal de 1988, que contribui para o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além de incorporar a concepção de saúde como resultante de diferentes fatores, considerando aspectos econômicos e sociais como condicionantes da produção de saúde, do risco de adoecimento e nas condições para o acesso ao sistema de saúde.

Esse documento coloca em evidência o dever do Estado na garantia de “políticas sociais 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”, e também se constitui, de acordo com Netto (1999) em uma aproximação a um estado de bem estar, trazendo para a cena brasileira o conceito de proteção social, uma vez 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 (1999, p.77).

Apesar do arcabouço legal implantado pela Carta Magna e pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, as requisições do neoliberalismo na década de 90 impõem as recentes políticas sociais um cenário de ataque a direitos conquistados.

O neoliberalismo no Brasil, assim como em outros países, especialmente na América Latina, imprime a desregulamentação da economia nacional e dos direitos sociais, sobressaindo à 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 sociais (NETTO, 1999; ANTUNES, 2002; FIGUEIRAS, 2006 *apud* SILVA, 2010, p.175).

Nesse cenário de minimização do Estado na atenção a questões afetas aos interesses dos trabalhadores, “um dos mecanismos ideológicos utilizados para ocultar a natureza destrutiva do sistema social vigente é responsabilizar, exclusivamente, o indivíduo pelo seu “fracasso” ou pelo seu “sucesso” (FILHO; GUZZO, 2009, p.37).

Na sociedade capitalista, a exploração do trabalho para extração da mais-valia pelo capital, a despeito do enorme processo civilizatório alcançado pela humanidade sob o modo de produção capitalista, propiciou, contraditoriamente, precárias condições de vida aos trabalhadores. Acentuando a desigualdade social, uma vez que os detentores do capital possuem melhores condições de vida, através de moradia, educação, acesso a serviços, lazer, entre outros.

Ao analisarmos a questão saúde no seu sentido ampliado, e mais especificamente a

área oncológica, observamos na atualidade, importantes investimentos em novas tecnologias, em pesquisa clínica, epidemiológica, desenvolvimento de novas e mais potentes drogas no tratamento da doença instalada e enfoque em prevenção de alguns tipos de câncer. No entanto, o enfoque preventivo se dá sobre a ênfase do desenvolvimento biológico das doenças ou dá necessidade de mudanças de hábitos nocivos da população.

Assim sendo, coloca-se em nossos dias, a necessidade de desvelar a relação do adoecimento por câncer com os modos e condições de vida postos em nossa sociedade, as condições de trabalho de grande contingente de trabalhadores inseridos tanto no mercado formal, quanto informal de trabalho, a questão de gênero, as condições de acesso a diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, entre tantas outras. De acordo com Kogevinas et al.:

Em relação ao câncer, as diferenças socioeconômicas se manifestam em diversos aspectos do seu perfil epidemiológico. As evidências acumuladas vêm demonstrando que os grupos de níveis socioeconômicos mais baixos têm apresentado maior incidência de câncer em geral; maior proporção de diagnóstico tardio de neoplasias passíveis de detecção em estágios iniciais por meio de rastreamento; maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado; pior prognóstico e menor sobrevida após o diagnóstico de câncer; maior risco de óbito por câncer em geral e por tipos de câncer potencialmente curáveis (Kogevinas e Porta, 1997; Wunsch-Filho e col., 2008 *apud* Ribeiro e Nardocci, 2008, p.878).

Ao tratarmos de *desigualdade social e câncer*, merece atenção em nossa análise, a classe trabalhadora, uma vez que a condição de trabalhador assalariado ou em atividade dita informal condiciona substancialmente as possibilidades de vida, autonomia, produção de saúde e, aqui tratado particularmente, o adoecimento por câncer, doença crônica e demandante de recursos diagnósticos e de tratamento, bem como de ‘tempo’ do trabalhador para o cuidado com sua saúde. “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 *apud* SILVA, 2010, p.182).

Ao impacto emocional da descoberta de uma doença como o câncer que remete à ideia de finitude, somam-se as dificuldades econômicas para manutenção da própria subsistência do sujeito acometido por câncer e de sua família e/ou rede social, a (des) proteção social aos que não se encontram inseridos no mercado formal de trabalho, a seletividade de benefícios assistenciais, a ausência ou limitada garantia concreta para início e manutenção do tratamento, bem como o acesso a esse. Conclui-se que o adoecimento por

câncer impacta de forma intensificada na população pobre e trabalhadora em nosso país. Segundo Castellanos,

A mortalidade é influenciada por processos de caráter contraditório, dentre os quais podem-se destacar: as iniquidades sociais e desigualdade nas condições de vida; o processo de urbanização; mudanças na estrutura de idade da população, na composição da força de trabalho e no mercado de trabalho, no nível de educação da população e mudanças na organização dos serviços de saúde (2007, p.137-60).

No universo das discussões que relacionam desigualdade social e saúde, é possível perceber diferentes concepções, algumas reduzem sua compreensão à análise de indicadores econômicos. Outras, na dimensão biológica associando saúde, acesso e utilização de serviços, como bem sinalizam Santos e Gerhardt (2008, p.129).

Entretanto, é necessário compreendermos a existência das desigualdades sociais em nossa sociedade, e que essas são inerentes ao modo de produção capitalista. Assim, as desigualdades sociais de saúde se constituem, com efeito, num domínio complexo e pouco conhecido. (FASSIN *apud* SMOLENTZOV, 2006, p.57), necessitando se tornar objetivo de investigação tanto das ciências da saúde como das ciências sociais e humanas.

A desigualdade em saúde se refere à diferença no acesso a recursos e aos fatores que influenciam a saúde. No que se refere aos reflexos da desigualdade social na saúde, Antunes compreende, que:

As desigualdades inscritas na ordem social se traduzem numa incorporação individual da desigualdade sob a forma de disparidades perante a doença e a morte, ou seja, que as relações que os indivíduos têm com os seus corpos e sintomas, com os sistemas de saúde e com as possibilidades de tratamento são condicionadas pela posição e trajetória social (2010, p.1).

No Brasil, a existência da pobreza se relaciona a desigual distribuição dos recursos econômicos. Assim, é fundamental a busca pela superação das desigualdades sociais e da garantia do acesso aos bens necessários para o desenvolvimento dos indivíduos como sujeitos em sociedade. Em última instância, trata-se da adoção de um novo modelo societário, que promova justiça social na distribuição da riqueza socialmente produzida.

Dessa forma, estudos que clarifiquem os impactos da Desigualdade Social em saúde e relacionados ao câncer constituem-se em elementos que podem contribuir para a construção

de políticas públicas mais efetivas no que tange a superação das desigualdades sociais em nosso país.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscarmos estudar a associação entre os temas desigualdade social e câncer, considerando a desigualdade social como elemento determinante no processo individual e coletivo do adoecimento e mortalidade para alguns tipos de câncer, observamos na literatura científica perspectivas de análise que tratam a desigualdade em saúde e oncologia sob o enfoque biológico relacionando ocorrência de doenças ou acesso a exames para diagnóstico, já outras obras avançam na análise ao considerar ou buscar discutir, mesmo que de forma incipiente, a dimensão socioeconômica na ocorrência de casos de câncer.

Considerando que o câncer constitui-se em importante problema de saúde pública em nossa sociedade, são relevantes estudos que analisem a *desigualdade social* associada às condições de saúde e doença das populações, principalmente se considerarmos a forma desigual de organização da sociedade brasileira e as precárias condições de vida da maioria dos cidadãos em nosso país.

O resultado desse estudo aponta para a necessidade de ampliação de produções científicas que correlacionem condições de vida da população e adoecimento por câncer, considerando as condições de acesso ao SUS e superando a compreensão estritamente técnica, tecnológica e biomédica do trato em oncologia. Analisar a *desigualdade social* como dimensão que gera impactos na saúde pública é também a reafirmação da lógica do Movimento Sanitário e meio para enfrentamentos que busquem alçar aos direitos sociais propalados na Constituição Federal de 1988.

Trata-se, portanto, não somente da construção de ações de combate e controle do câncer de forma isolada, mas sim, de uma rede de atenção organizada e de prestação contínua de serviços a populações determinadas, na lógica dos territórios e de suas necessidades. Rede construída a partir de parâmetros de diagnóstico e tratamento, adequando-se à necessidade de saúde da população. Assim como recursos humanos, materiais e econômicos, como mecanismo que busca atender a complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos, tendo como foco os problemas coletivos em saúde.

Ações que vão ao encontro do controle e do combate ao câncer exigem a adoção orgânica da compreensão do conceito ampliado de saúde e o exercício da transversalidade das

políticas públicas e sociais. São, portanto, um desafio para os governos, para os sistemas de saúde e para a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANTUNES, R. **Classes sociais e a desigualdade na saúde**. CIES e-Working Papers (ISSN 1647-0893). CIES e-WORKING PAPER N.º 85/2010. Disponível em: cies@iscte.pt. <http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP85Antunes.pdf>. Acesso em: 20.out.2014.

BRASIL. **Portaria nº 2.439/GM de 8 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, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso: 20/10/2014.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BARBOSA, M. I. da S. **Racismo e saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CARVALHO, C da S. U. de.; VASCONCELOS, A. M. de. **Pobreza e câncer do colo do útero: estudo sobre as condições de vida de mulheres com câncer do colo do útero avançado em tratamento no Hospital do Câncer II** - Instituto Nacional do Câncer - Rio de Janeiro. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, para obtenção do título de Mestre. Rio de Janeiro, março de 2004.

CASTELLANOS, P. L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região da Américas. In: Barata RB, organizadora. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 1997. p.137-60.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 220p.

FILHO, A. E.; GUZZO, R. S. L. **Desigualdade social e pobreza: contexto de vida e de sobrevivência**. *Psicologia & Sociedade*, 21 (1): 35-44, 2009. Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil.

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

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil/** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

KOGEVINAS, M.; PORTA, M. **Socioeconomic differences in cancer survival: a review of the evidence.** In: KOGEVINAS, M. et al. *Social inequalities and cancer.* Lyon: IARC Scientific Publications, 1997. p. 177-184.

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.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza, ANDRADE, Monica Viegas. **Desigualdades Sociais em saúde: Evidências Empíricas sobre o Caso Brasileiro.** Revista Econômica do Nordeste, Fortaleza, v.32, n. Especial p.877-897, novembro 2001.

RIBEIRO, A. A.; NARDOCCI, A. C. **Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.3, p.878-891, 2013.

SANTOS, D. L.; GERHARDT, T. E. **Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde.** Revista Gaúcha de Enferm. Porto Alegre (RS): 29 (1):129-136, mar.2008.

SILVA et al. **Associação entre carência social e causas de morte entre idosos residentes no município de Recife, Pernambuco, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (5):1013-1023, mai, 2008.

SILVA, L. B. **Condições de vida e adoecimento por câncer.** Revista Libertas. Revista da Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós Graduação em Serviço Social. Volume 10-número 2/jul-dez/2010.

SMOLENTZOV, Vera Maria Neves. **Topografia da desigualdade social e da saúde.** Econ. Pesquisa. Araçatuba, v.8, n.8,p.54-73, ago.2006.

WHO. **World Cancer Report 2008.** Lyon: WHO, 2008.

WLODARSKI, R.; CUNHA,L. A. **Desigualdade social e pobreza como consequências do desenvolvimento da sociedade.** In: IX SIMPÓSIO INTERNACIONAL PROCESSO CIVILIZADOR. TECNOLOGIA E CIVILIZAÇÃO. Disponível em: http://www.uel.br/grupoestudo/processosocivilizadores/portugues/sitesanais/anais9/artigos/wor_kshop/art15.pdf. Acesso em: 10. nov. 2014.