

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS – CES
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

MAURÍCIO CAETANO MATIAS SOARES

UM GRITO PELA VIDA.

**Uma reflexão sobre as políticas sociais de saúde e
a atenção oncológica no Brasil**

Niterói, RJ.

Outubro, 2007

MAURÍCIO CAETANO MATIAS SOARES

UM GRITO PELA VIDA.

Uma reflexão sobre as políticas sociais de saúde e
a atenção oncológica no Brasil

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Política Social. Área de Concentração: Proteção Social e Processos Interventivos. Linha de Pesquisa: Avaliação e Gestão de Políticas Sociais.

Orientadora:

Prof^ª Dr^ª Janete Luzia Leite

Niterói, RJ.

Outubro, 2007

MAURÍCIO CAETANO MATIAS SOARES

UM GRITO PELA VIDA.

Uma reflexão sobre as políticas sociais de saúde e
a atenção oncológica no Brasil

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Proteção Social e Processos Interventivos. Linha de Pesquisa: Avaliação e Gestão de Políticas Sociais.

Banca Examinadora:

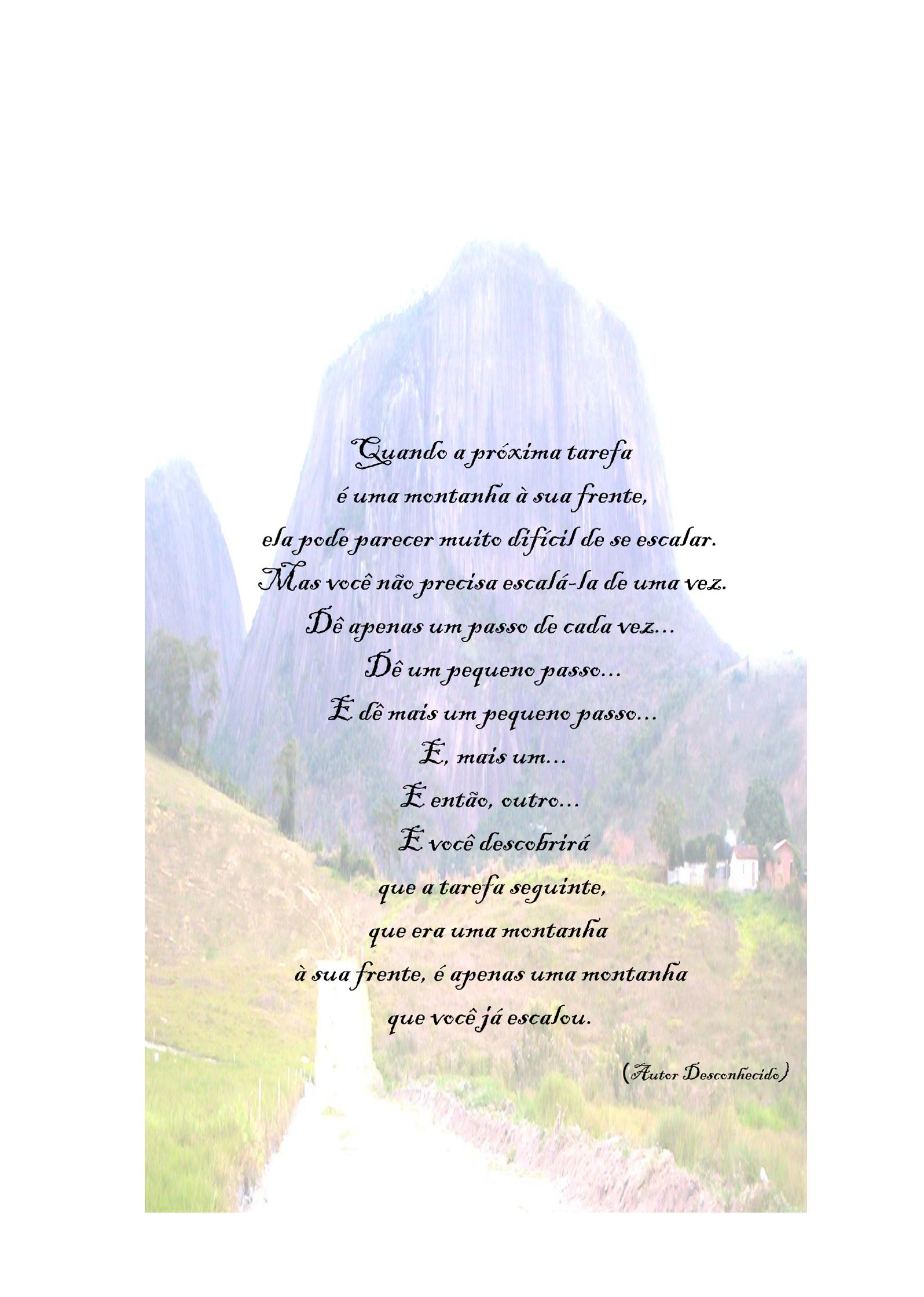
Profª Drª Janete Luzia Leite (orientadora)
Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Fátima da Silva Grave Ortiz
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profª Drª Mônica de Castro Maia Senna
Universidade Federal Fluminense

Niterói, RJ.

Outubro, 2007



*Quando a próxima tarefa
é uma montanha à sua frente,
ela pode parecer muito difícil de se escalar.
Mas você não precisa escalá-la de uma vez.
Dê apenas um passo de cada vez...
Dê um pequeno passo...
E dê mais um pequeno passo...
E, mais um...
E então, outro...
E você descobrirá
que a tarefa seguinte,
que era uma montanha
à sua frente, é apenas uma montanha
que você já escalou.*

(Autor Desconhecido)

A Deus, com enorme gratidão.

À minha avó Luiza,
assim como a todos os portadores de câncer e
seus cuidadores, que, a cada dia, se revelam
poderosos guerreiros na busca pela vida

AGRADECIMENTOS

A Rita de Cássia e Maurício Soares, meus pais, por todo amor, dedicação, carinho e atenção que têm por mim. Sentimentos tão especiais, que me faz vencedor na vida;

A Janete Luzia Leite, por todo o conhecimento transmitido, pela dedicação e competência com que ministra o ofício e por ser eternamente minha mestra e amiga;

A Juçara, por sua nobre hospitalidade;

Aos pomeranos do Espírito Santo, pessoas inigualáveis;

Aos dermatologistas Rita de Cássia Cunha Rocha e Carlos Magno Passos Pellegrini, pelo inenarrável apoio;

Aos representantes da Igreja Luterana, à equipe do Programa de Atenção Dermatológica e aos seus voluntários, essenciais a um grande serviço;

Ao Daniel Miranda, pelo afeto, carinho e dedicação;

Aos professores que compõem a Banca Examinadora, grandes mestres e parceiros;

A minha prima Helen Rose, companheira de aventuras;

Aos demais familiares, fonte de meu afeto;

As assistentes sociais Simone Nogueira e Rosângela Morgado, minhas “filhas” na profissão, que jamais esqueceram de mim;

A assistente social Márcia Teodoro, pelo grande incentivo e apoio;

A Cristiana Castor e Marcus Lino, amigos incondicionais;

As enfermeiras Vânia Prudêncio e Viviane Souza, amigas e parceiras do afã diário;

Aos amigos e aos colegas de trabalho, pela compreensão da ausência e desatenção em alguns momentos, e pelo estímulo;

A todos, aqui anônimos, mas que contribuíram para a conquista de um grande desafio.

RESUMO

A presente dissertação trata das transformações ocorridas na política de Saúde brasileira, tendo como foco principal a Política de Atenção Oncológica. Parte-se do pressuposto de que essa política, embora abarque os três níveis de atenção – básica, média e alta complexidade – e também as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – abre uma lacuna importante quando se trata de câncer de pele, que, apesar de ser o mais incidente, no Brasil, não é considerado pela Política de Atenção Oncológica, pois seu tratamento não envolve procedimentos de alta complexidade. Isso significa que os números de câncer de pele não são utilizados como parâmetro para a implantação de unidades de referência especializada no combate, prevenção e tratamento do câncer, ficando assim, esse tipo de câncer, sob responsabilidade das ações de saúde municipais. Diante disso, o que se verificará é que o câncer de pele está medularmente vinculado às atividades laborais, em sua maioria relacionadas à lavoura, à pesca, ao garimpo, aos ambulantes, ou seja, trabalhadores com precário ou mesmo nenhum vínculo previdenciário. Dessa forma, a assistência aos indivíduos acometidos por essa patologia é praticamente inexistente. A fim de corroborar essa assertiva, procedemos ao resgate da história e da análise das políticas de Saúde brasileiras, desde o início do século XX até os dias atuais, em especial da trajetória da política oncológica. Para tal, utilizou farta documentação nacional, particularmente, legislação brasileira referente ao tema em tela, destacando, como exemplo, o Programa de Assistência Dermatológica aos Pomeranos do Interior do Estado do Espírito Santo, por meio do qual concluímos que o processo de descentralização e a normatização da saúde reorientaram a política de atenção oncológica e configuraram uma desestruturação e precarização dos serviços. Portanto, não favorecem as ações de prevenção, detecção, tratamento e combate ao câncer de pele, cujos números de casos, que são compilados separadamente, favorecem a efetivação dos ideais neoliberais de minimização do Estado, com o repasse de suas responsabilidades para a sociedade civil.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER; POLÍTICAS SOCIAIS; DESCENTRALIZAÇÃO;
POMERANOS; POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA;

ABSTRACT

This dissertation deals with changes in the Brazilian Health Policy, with the main focus on the attention of policy Oncológica. It is the assumption that this policy, but covers all three levels of care – primary, middle and high complexity, and also the three spheres of government – federal, state and municipal – open a major gap when it comes to cancer of the skin, which despite being the first one more incident in Brazil, is not considered by the Policy Attention Oncológica because their treatment does not involve procedures of high complexity. This means that the numbers of skin cancer are not used as a parameter for the deployment of units specialized in combating reference, prevention and treatment of cancer, thus, this type of cancer, in charge of the actions of municipal health. Therefore, what is check that the cancer of the skin is linked to the activities medularmente labor mostly related to farming, fishing, mining to the itinerant, or workers with precarious or even no pension bond. Thus, assistance to individuals affected by this pathology is scarce. To corroborate this assertion, proceeded to the rescue of the history and analysis of the Brazilian Health Policy from the beginning of the twentieth century until today, in particular trajectory of the policy Oncológica. To this end, used national tired documentation, particularly Laws, Portarias and letters regarding takes screen, highlighting as an example the program of assistance to Dermatológica capital of the Interior of the State of the Holy Spirit, through which concluded that the decentralization process the standardization of health and the policy orientation of attention cancer and shaped a destructuring and insecurity of the services and therefore do not favor the actions of prevention, detection, treatment and anti-cancer of the skin, whose numbers of cases, which are compiled separately, favors the implementation of the ideals of neoliberal minimization of the state, with the lending of their responsibilities to society.

KEY WORDS: CANCER; SOCIAL POLICIES; DECENTRALIZATION;
POMERANIANS; ONCOLOGY CARE POLICIES.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAML	Associação Albergue Martim Lutero
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
AIH	Autorização para Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde.
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
BACEN	Banco Central
BID	Banco Internacional de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNH	Banco Nacional de Habitação
Ca	Câncer
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CCSAHDF	Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CNS	Conferência Nacional de Saúde.
CNCC	Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional da Administração da Saúde Previdenciária.
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONPREV	Divisão de Informação da Coordenação de Prevenção e Vigilância
CONTAPP	Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito.
CPMF	Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras.
CPTC	Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos.
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DNC	Divisão Nacional de Câncer

DNDCD	Departamento Nacional de Doença Crônico-Degenerativa.
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIDESP	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde.
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
GED	Grupo Especial de Descentralização
HGB	Hospital Geral de Bonsucesso
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	<i>Lymphotropic Virus Type Human T</i>
HU	Hospital Universitário
HUCAM	Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IECLB	Igreja Evangélica da Confissão Luterana no Brasil.
IESP	Instituto Estadual de Saúde Pública
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
INPE	Instituto Nacional de Pesquisa
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Ir	número de casos novos dos RCBP
IVH	Índice de Valorização Hospitalar
IUV	Índice Ultra Violeta
JK	Juscelino Kubitschek
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MBD	Movimento Brasileiro Democrático
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
Mo	número de óbitos das localidades onde existem RCBP
MP	Medida Provisória

MPS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Normas de Orientação Básica
OAB	Organização de Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde.
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PIB	Produto Interno Bruto
PNCC	Plano Nacional de Combate ao Câncer
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento.
PP	Plano de Pronto Ação
Pró-Onco	Programa de Oncologia
Qt	Quimioterapia
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
Rt	Radioterapia
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo
SFH	Sistema Financeiro de Habitação.
SGM	Segunda Guerra Mundial
SIA	Sistema Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SIRCC	Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
Til	Taxa de incidência estimada
TMI	Taxa de mortalidade estimada
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UF	Unidade da Federação

UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNE	União Nacional dos Estudantes
USP	Universidade de São Paulo
UV	Ultravioleta
UVA	Ultravioleta A
UVB	Ultravioleta B
UVC	Ultravioleta C
WHO	World Health Organization

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

		Página
Gráfico 1.	Comparação da incidência de câncer no Espírito Santo	172
Gráfico 2.	Comparação de estimativas estaduais de suspeitas de câncer para o ano de 2006.	175
Gráfico 3.	Comparativo do total de atendimentos, entre os municípios e entre os anos 2003/2004/2005/2006	198

TABELAS

Tabela 1.	Estimativas para o ano 2006 do número de casos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária.	39
Tabela 2.	Incidência de câncer no Espírito Santo	173
Tabela 3.	População total e população pomerana dos municípios estudados	180
Tabela 4.	Perfil epidemiológico de Santa Maria de Jetibá	180
Tabela 5.	Perfil epidemiológico de Laranja da Terra	181
Tabela 6.	Perfil epidemiológico de Pancas	182
Tabela 7.	Comparação entre incidência de internações e de óbitos por câncer, nos municípios estudados.	182
Tabela 8.	Distribuição dos tipos de unidade de saúde (2005)	183
Tabela 9.	Distribuição dos tipos de procedimentos, por município, em 2006.	196
Tabela 10	Comparação de procedimentos por paciente, entre os municípios e entre os anos de 2003/2004/2005/2006.	197

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS	Página
Quadro 1. Fototipos da pele para a população brasileira.	149
Quadro 2. Tipos de prestador de serviço de saúde (2005).	184
Quadro 3. Tipos de leitos conforme prestador de serviço.	184
Quadro 4. Tipos de especialidades disponíveis nos serviços de saúde dos municípios estudados.	185
FIGURAS	
Figura 1. Processo de carcinogênese.	28
Figura 2. Pomeranos no porto, partindo rumo ao Brasil.	141
Figura 3. Casa de madeira à beira da estrada, em Santa Maria de Jetibá.	145
Figura 4. Vestidos de casamento pomeranos.	148
Figura 5. Associação Albergue Martin Lutero.	159
Figura 6. Sala de atendimento com os acadêmicos de medicina.	162
Figura 7. Sala improvisada para cirurgia (1), na sede de Santa Maria de Jetibá.	164
Figura 8. Sala improvisada para cirurgia (2), na sede de Santa Maria de Jetibá.	164
Figura 9. Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo	188

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 CÂNCER: UM INIMIGO BEM ARTICULADO	25
1.1 O câncer	26
1.2 A epidemiologia do câncer	36
1.3 Os reflexos sociais	44
CAPÍTULO 2 AS POLÍTICAS SOCIAIS	50
2.1 A “questão social”: como tudo começou	51
2.2 Políticas sociais: resposta pra os conflitos	58
2.3 Políticas sociais na “Nova República”: regressão dos direitos e fortalecimento do capital	74
CAPÍTULO 3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO ONCOLÓGICA	92
3.1 Da “era do saneamento” à “cidadania regulada”	94
3.2 Da repressão à democracia	104
3.3 O “câncer” que atinge a saúde brasileira	115
CAPÍTULO 4 O CÂNCER ECOLÓGICO	137
4.1 Os pomeranos	139
4.2 À flor da pele	148
4.3 <i>O Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo</i>	158
CAPÍTULO 5 A CADA REFLEXÃO UM PASSO PARA UMA NOVA LUTA	168
5.1 Reflexões	170
5.2 Realidade	179
5.3 Um passo rumo à nova realidade	189
CONSIDERAÇÕES FINAIS	204
REFERÊNCIAS	212

ANEXOS	223
ANEXO 1 As marcas dos alemães no Espírito Santo (Artigo no jornal <i>Deutsch Welle</i> , ed. <i>online</i> , em português).	224
ANEXO 2 Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo. (<i>Pro-Ex Notícias</i> . 5 abril 2006.).	229
ANEXO 3 Pesquisa de Câncer Cutâneo: 1990 – 1995.	229
ANEXO 4 Relatórios da Associação Albergue Martim Lutero, 2005 e 2006.	242
ANEXO 5 Cadernos de Saúde (Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo).	249

INTRODUÇÃO

O texto que se desdobra a seguir constitui-se no resultado de um estudo, cujo objeto é a política de saúde, no Brasil, a partir da primeira década do século passado, com especial enfoque na atenção oncológica.

Antes de mais, torna-se necessário esclarecer que esta dissertação é fruto de um esforço acadêmico, iniciado desde a minha inserção na saúde pública, no ano de 2001, como estagiário de Serviço Social, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, lotado no Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), quando percebi que os efeitos nefastos do neoliberalismo sobre as políticas públicas de saúde podem ser considerados verdadeiros cânceres que degeneram a saúde brasileira.

A observação desse contexto e a minha inserção no ambulatório de oncologia despertaram o interesse em aprofundar um estudo sobre a política de atenção oncológica, no Brasil, o que culminou tanto no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação em Serviço Social quanto na apresentação e na publicação de uma série de trabalhos, em eventos científicos nacionais e internacionais. Esse interesse foi alimentado, também, pelo processo de implantação do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACOn), no HGB, do qual participei *pari passu*, juntamente com a equipe do oncologista Carlos José Coelho.

Esta dissertação é, portanto, o desdobramento desse interesse, sobre o qual, quanto mais me aprofundo, mais verifico ser necessário promover estudos, pesquisas e ações, no campo da atenção oncológica, discutindo a relação público *versus* privado, identificando as

irregularidades no acesso e na distribuição dos serviços especializados, a partir da análise do câncer, de suas nuances e reflexos, bem como das estratégias políticas de prevenção, detecção, combate e tratamento dessa patologia.

Foi imbuído dessa certeza que, em 2005, apresentei-me à seleção para o Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, da Universidade Federal Fluminense – Mestrado em Política Social, sendo aprovado em segundo lugar.

Deparei-me, logo no início, com uma dificuldade completamente nova: a de, em um espaço de 24 meses, ter que produzir uma pesquisa responsável, séria, que aportasse conhecimentos do âmbito das políticas sociais, ao mesmo tempo em que era obrigado a trabalhar para sobreviver. Pude, então, perceber que o desafio de produzir uma pesquisa não depende apenas de motivação do estudante. Depende, prioritária e fundamentalmente, de uma política de educação destinada ao ensino e à pesquisa, com subsídios do Estado. Entretanto, o que se verifica é bem diferente: a diminuição paulatina de bolsas de estudos para aqueles que desejam cursar uma pós-graduação *stricto sensu* implica, não raro, um esforço individual de grande monta, pois, na ausência de quaisquer incentivos financeiros, os discentes são obrigados a se inserir no mercado de trabalho e, ainda, a custear suas pesquisas, restringindo-as, em vários casos, pela total ausência de aporte financeiro. Nesse contexto, o estudante de pós-graduação, hoje, é um pesquisador que se divide entre a consecução de seu projeto e a prática profissional. A conseqüência mais imediata – e perversa – é a cobrança, de um lado, por parte dos programas de pós-graduação, em relação ao cumprimento dos prazos e, de outro, em seu local de trabalho, pelos pedidos para se ausentar a fim de assistir às aulas ou no período de redação do relatório final. Muitos não suportam tais pressões, abandonando os cursos, sendo responsabilizados pelo seu “fracasso”

ou, sumariamente, discriminados e excluídos por uma reedição pós-moderna do darwinismo social do século XIX.

Essa situação ficou cristalina para mim quando, ao iniciar a minha investigação de campo sobre a relação público *versus* privado, no âmbito da atenção oncológica, dirigi-me ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), deparando-me com tantas exigências e empecilhos que, na verdade, inviabilizavam a minha pesquisa, devido ao longo tempo que a referida instituição levaria até a aprovação total do projeto de pesquisa, se isso acontecesse, pois só é permitida a pesquisa, no referido campo, se o aluno pertencer aos programas de pós-graduação da mesma. Como não era o meu caso, seria feita uma avaliação da possibilidade de se abrir uma exceção, caso o projeto interessasse à instituição e seguisse a respectiva linha de pesquisa.

Este extenso relato que, à primeira vista, pode parecer descabido, em uma dissertação de mestrado, parece-me fundamental para explicar que, além do ônus pessoal de ter que girar o foco inicialmente proposto para o estudo do meu objeto, faz-se mister denunciar, também, a *via crucis* que deve ser percorrida por aqueles que necessitam das instituições – públicas ou privadas – para viabilizar as suas investigações. Simplesmente, não se consegue penetrar na blindagem institucional, atualmente constituída, o que, em várias ocasiões, leva à conclusão de que há algo – ou muito – a ser escondido. Ou, no mínimo, que “críticas” não são desejáveis.

Todos esses entraves intervieram significativamente no processo metodológico, já delineado para a estruturação do estudo, posto que ele estava inviabilizado. Foi durante esse impasse que tomei conhecimento do trabalho desenvolvido por uma equipe de profissionais de Vitória (ES), em relação ao câncer de pele.

Tal trabalho, para mim, possuía duas características absolutamente novas: pautava-se no modelo campanhista de assistência – já em desuso, desde a segunda quadra do século XX, no Brasil; e era realizado com imigrantes pomeranos e seus descendentes.

Uma aproximação maior desses profissionais levou a questões, até então, não consideradas, embora já evidenciadas, ainda que preliminarmente, em meus estudos epidemiológicos.

1. O câncer de pele é o que possui a maior incidência de casos novos, no Brasil.
2. Essa incidência não é considerada parâmetro para direcionar a atenção oncológica, que está centrada nos procedimentos de alta complexidade
3. Dessa forma, estabelece-se uma espécie de sub-notificação, nos registros oficiais, o que faz com que o câncer de pele seja excluído do orçamento da política de atenção oncológica, cabendo aos municípios – devido ao processo de descentralização – a responsabilidade pela promoção da prevenção, do diagnóstico e do tratamento dessa patologia.
4. Em um país como o Brasil, onde o trabalho ao ar livre é realizado por uma parcela não-desprezível da população; onde – em qualquer região do país – o sol é inclemente; onde o local de trabalho desses indivíduos, em sua esmagadora maioria, dista vários quilômetros dos centros urbanos; contar com a assistência à saúde prestada somente em nível municipal equivale a um atestado de óbito.

Foi a partir desse raciocínio que o estudo inicialmente proposto foi transformado neste, que agora se apresenta.

Em síntese: mantendo o objeto original, elegi como universo de pesquisa o Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Estado do Espírito Santo, por

apresentar ele algumas especificidades singulares. Ele é mantido por órgãos governamentais e não-governamentais; atende de forma campanhista; é realizado em regiões distantes dos grandes centros urbanos, as quais detêm poucos recursos públicos; e atende imigrantes e seus descendentes.

Fundamentado nessa análise, estabeleci a seguinte hipótese de trabalho: o processo de descentralização e a normatização da saúde reorientaram a política de atenção oncológica e configuraram uma desestruturação e uma precarização dos serviços; portanto, não favorecem as ações de prevenção, detecção, tratamento e combate ao câncer de pele, cujos números de casos, que são compilados separadamente, oportunizam a efetivação dos ideais neoliberais de minimização do Estado, com o repasse de suas responsabilidades à sociedade civil.

Com isso, esse estudo busca analisar a nova face das políticas de saúde, no Brasil, com enfoque na atenção oncológica, pautado nos seguintes questionamentos:

- ◇ a partir da Constituição Federal, de 1988, o que mudou na forma de conceber as políticas sociais, no Brasil? Qual o novo perfil assumido por elas? Como o cerne da atenção oncológica é apresentado?
- ◇ No caso dos pomeranos, como a atenção oncológica incide e quais as lacunas deixadas por ela? Qual a relação dos pomeranos com o câncer de pele?
- ◇ Quais os tipos de ações de combate ao câncer de pele têm sido assumidas pelo Estado? Porque o câncer de pele, mesmo sendo aquele que mais incide sobre brasileiros, recebe pouca atenção das políticas de saúde brasileiras?

- ◇ Como se dá a prevenção, o diagnóstico e o tratamento desse tipo de câncer, no Plano Nacional de Atenção Oncológica?

O motor para este estudo concentra-se na percepção da dura realidade vivida pelos portadores de câncer, os quais ainda sofrem com os estereótipos e com a exclusão social, ficando à mercê do amparo das instituições filantrópicas e da solidariedade humana.

Para tanto, a metodologia (re)desenhada partiu da leitura e da análise crítica acerca da gênese e do desenvolvimento das políticas sociais, no Brasil, privilegiando a política de Saúde e, dentro dela, a política de atenção oncológica. Trata-se, neste primeiro momento, da pesquisa de uma ampla bibliografia, além do acervo documental (fonte primária) das instituições oficiais brasileiras e internacionais.

Já no que diz respeito à pesquisa de campo, o alto custo de transporte e estadia para/no Espírito Santo – impensáveis sem o suporte de familiares, amigos e dos profissionais do Programa capixaba – reduziu minha presença *in loco* a somente três viagens. Aqui, gostaria de deixar registrado que o acolhimento e a hospitalidade dos capixabas foi o combustível que fez movimentar a pesquisa de campo. Mesmo assim, houve uma restrição “compulsória” em minhas visitas às comunidades pomeranas.

A necessidade dessas visitas se devia à intenção não só de confeccionar um “diário de campo”, mas, também, de estabelecer vínculos com os pomeranos e com a equipe para, depois, proceder às entrevistas nas quais pudesse focar a visão de conjunto do Programa e seus desdobramentos.

Mesmo simplificando os passos metodológicos, houve entraves. O maior deles se deveu às entrevistas, pois os pomeranos, devido ao seu jeito rústico e desconfiado de ser, não permitiam que fossem gravadas ou mesmo que suas falas fossem anotadas em sua

presença. Diante disso, foi aplicado outro método de coleta de dados: a observação participante, que “*se realiza através do contato direto do pesquisador como o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos.*” (NETO *apud* MINAYO, 1994, p. 59).

Esse procedimento metodológico foi escolhido pelo fato de proporcionar a captação de uma variedade de situações ou fenômenos que, muitas vezes, estão implícitos e não são falados. A mesma técnica foi usada com os funcionários e voluntários envolvidos no Programa.

Nas abordagens dos pacientes e voluntários, pudemos identificar a fala uníssona de gratidão pela “caridade” dispensada pelos que atuam no programa. Na abordagem dos profissionais, identificamos duas expressões significativas: uma, de se sentirem, quase se rotularem “heróis”, e outra, de terem como expectativa serem tratados como heróis merecedores de reconhecimento e gratidão.

Outro recurso utilizado, no que tange aos pomeranos, foi a consulta a acervos bibliográficos, arquivos da Internet, artigos de revistas e periódicos e a visita às comunidades de Santa Maria de Jetibá, Crisciúma (Distrito de Laranja da Terra), Laginha de Pancas (Distrito de Pancas), e à Secretaria Estadual de Saúde, do estado do Espírito Santo.

Todos os dados obtidos foram devidamente documentados e promoveram uma base para produzir uma análise qualitativa do Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Estado do Espírito Santo, em relação às políticas de saúde e atenção oncológica brasileiras, assim como subsidiaram o debate sobre o combate ao câncer de pele, no país. Aquele se revela o tipo de câncer mais incidente e de maior evolução, em números de casos novos, que também não está submetido apenas às ações de políticas

públicas de saúde, mas está, sim, a exigir o envolvimento de uma série de outros setores estatais, que parecem não se importar com a necessidade de que sejam implementadas estratégias de prevenção, detecção, tratamento e combate de uma doença geradora de depreciação biopsíquica e social do seu portador.

Nesse intuito, distribuí esta pesquisa em cinco focos. O primeiro trata de uma compilação sobre o câncer, sua etiologia, epidemiologia e seus reflexos sociais. Para tal, fundamentei-me nos conceitos expostos por Smeltzer e Bare (2002) e Otto (2002), por meio dos quais pude discorrer sobre os aspectos fisiológicos do câncer, sendo suporte para a boa compreensão da gravidade e da agressividade dessa patologia. As publicações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) favoreceram o entendimento das conseqüências do avanço dessa doença, no âmbito social, e em que as mudanças societárias contribuem para o aumento de casos novos.

Isso posto, no Capítulo 2 procedi ao estudo das políticas sociais, desde a sua gênese até os dias atuais, tendo como pano de fundo as conjunturas nacional e internacional, com suas nuances testemunhais dos avanços e retrocessos desse instrumento do Estado e do capital para o controle da classe trabalhadora. Esse debate é subsidiado por Netto (2001a), Iamamoto (2001) e Behring e Bochetti (2006), entre outros autores de excelência no estudo da “questão social” e sua vinculação às políticas sociais.

O terceiro foco, o fundamental, se fixa na análise das políticas de saúde, com enfoque na atenção oncológica. Esse Capítulo 3, unido ao anterior, apresenta o que se constituiu como o alicerce desta pesquisa, tendo como principais referências Aciole (2006), Lima (2005) e Cohn (2006) as quais debatem os avanços, bem como os antagonismos da política de saúde brasileira. A Política de Atenção Oncológica contou com as referências do

INCA e com os diversos instrumentos legais (leis, decretos e portarias) que a definem e regulamentam sua efetivação.

Isso feito, o quarto capítulo se refere aos pomeranos e ao Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Estado do Espírito Santo e sua contextualização, bem como a sua articulação com as políticas sociais de saúde e a atenção oncológica, no Brasil.

Por fim, tem-se o quinto e último foco, que expressa os resultados da pesquisa, obtidos por meio de um conjunto de esforços metodológicos, a saber, a compilação e a sistematização de todos os dados coletados, a respectiva análise à luz da literatura selecionada e a verificação da hipótese de estudo. Diante do exposto, entendo que esta dissertação é mais uma prova de que é preciso pensar estratégias, sem abrir mão de princípios, para que os direitos assegurados pela Constituição Federal sejam de fato efetivados, além de servirem de base para elaboração e implementação de políticas sociais tanto no âmbito geral da saúde quanto no específico da atenção oncológica.

Desse modo, as questões com as quais me defrontei, na elaboração dessa investigação, ainda que redunde na apresentação individual de um produto, estão enraizadas em minha trajetória, como profissional e como discente, desde a graduação, esta última um período de aprendizado, de negação, de discordância e, também, de concordâncias e de troca, compartilhado com parentes, amigos, conhecidos, desconhecidos, companheiros de trabalho e de luta. Enfim, um conjunto de ações, conhecimentos e desafios que rompem com tendências para promover reflexões que se traduzirão em passos para uma nova luta, rumo à concretização de nossas conquistas sociais.

CAPÍTULO 1

CÂNCER: UM INIMIGO BEM ARTICULADO

*Na vida moderna a doença é a regra
e o câncer uma decorrência quase natural”
(Sabbá, 2000)*

CAPÍTULO 1

CÂNCER: UM INIMIGO BEM ARTICULADO

Muitas pessoas, ao ouvirem a palavra câncer, arrepiam-se, sentem-se mal. Algumas chegam a se benzer, por temerem a doença que vem, no decorrer dos tempos, interferindo nos laços afetivos e sociais dos mais diversos indivíduos que são acometidos por ela.

A palavra “câncer” vem do latim *cancrum*, que significa caranguejo. Uma denominação devido à semelhança entre as pernas do crustáceo e as raízes ou tentáculos do tumor. Do seu sinônimo, *karkinos*, do grego, vem carcinoma¹, que significa neoplasia ou tumor (SABBI, 2000).

1.1 O Câncer

O câncer não consiste em uma doença única, com causa única; pelo contrário, é um grupo de mais de 100 doenças, com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos, que podem afetar qualquer parte do organismo. Outros termos também utilizados para a sua denominação são neoplasia e tumores malignos.

Ele é o processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do ácido desoxirribonucléico (DNA). Essa célula anormal forma um clone e começa a proliferar-se de maneira anormal, ignorando as sinalizações de regulação

¹ Carcinomas são, indiscutivelmente, os tipos mais comuns de câncer. Eles se originam de células que revestem as superfícies do corpo, incluindo a pele e uma série de revestimentos internos. Entre esses, estão os de boca, garganta, brônquios (os tubos que levam e trazem ar aos pulmões), esôfago (o tubo para engolir), estômago, intestino, bexiga, útero e ovário e os revestimentos dos ductos mamários, próstata e pâncreas. Existem tipos diferentes de carcinomas, nomeados de acordo com a aparência das células normais das quais foram originados. “Carcinomas escamosos” originaram-se, particularmente, da pele, boca, garganta, esôfago, estômago, intestino, mamas e ovário; “carcinomas de transição” originam-se, especialmente, na bexiga; e “carcinomas de pequenas células”, também, ocorrem no pulmão (RESS, 2001).

do crescimento, no ambiente circunvizinho à célula. (SMELTZER; BARE, 2002). Em outras palavras, é caracterizado pela transformação de uma célula normal em maligna, multiplicando-se esta, fora dos regulamentos da diferenciação e de proliferação celular, formando um clone, que continua a crescer, sem respeitar as necessidades do corpo.

Outra característica das células malignas está no seu perfil invasivo, com conseqüentes alterações nos tecidos adjacentes. As células infiltram-se nesses tecidos e acessam os vasos sanguíneos e linfáticos, os quais as transportam até outras regiões do corpo. Esse fenômeno de disseminação do câncer para outras partes do corpo é denominado de metástase (OMS, 2006).

Dividindo-se, rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas). É importante ressaltar que, ao contrário, um tumor benigno² significa, simplesmente, uma massa localizada de células que se multiplicam, vagarosamente, e se assemelham ao tecido original, raramente constituindo um risco de morte (OMS, 2006).

O processo de carcinogênese ou transformação da célula maligna se dá por meio de processo celular de três etapas: iniciação, promoção e progressão. A primeira é o estágio em que os indicadores (carcinógenos), como as substâncias químicas, fatores físicos e agentes biológicos, fogem de seus mecanismos enzimáticos normais e modificam a estrutura genética do DNA. Frequentemente, essas alterações são revertidas pelos mecanismos de reparação do DNA, ou as alterações iniciam o suicídio celular programado (apoptose). Ocasionalmente, as células fogem desses mecanismos de proteção, ocorrendo mutações celulares permanentes. Em geral, essas mutações não são significativas para as células, até a segunda fase da carcinogênese (SMELTZER; BARE, 2002). Ou seja, nessa fase, as células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos, carcinógenos ou oncoiniciadores, que provocam

² “As células benignas e malignas diferem em muitas características de crescimento celular, incluindo o método e a velocidade de crescimento, capacidade de gerar metástase ou de se disseminar, efeitos gerais, destruição de tecido e capacidade de provocar a morte.” (SMELTZER; BARE, 2002, p.254).

modificações em alguns de seus genes. Geralmente, permanece contido, no órgão de origem, e, também, via de regra, é curável com medidas locais, como cirurgia ou irradiações (SMELTZER; BARE, 2002).

Durante a segunda etapa, que é o estágio da promoção, a exposição repetida aos agentes promotores (co-carcinógenos) provoca a expansão de informações genéticas anormais ou mutantes, mesmo depois de longos períodos de latência. Os períodos de latência para a promoção das mutações celulares variam, de acordo com o tipo de agente e com a dosagem do promotor, bem como com as características inatas da célula alvo. Em outras palavras, nesse estágio, as células geneticamente alteradas, ou seja “iniciadas”, sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em maligna, de forma lenta e gradual. É o momento em que o câncer deixa de ser localizado e passa a ser regional, isto é, estende-se para fora do órgão de origem, mas mantém a proximidade. Às vezes, é curável, com medidas locais (cirurgia e irradiação), às vezes em conjunto com a quimioterapia. (SMELTZER; BARE, 2002).

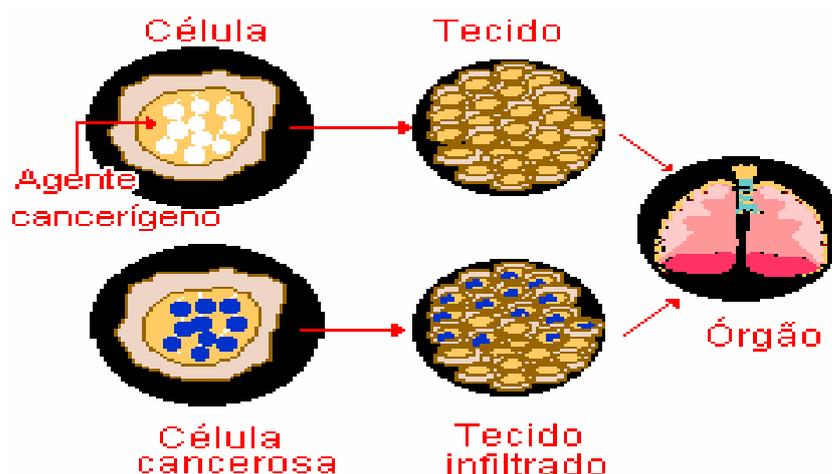


Figura 1. **Processo de carcinogênese**
Fonte: INCA, 2006.

Na última etapa, ou estágio da progressão, as alterações celulares, formadas durante a iniciação e a promoção, exibem, agora, comportamento maligno aumentado. Nessa etapa,

essas células mostram propensão a invadir os tecidos adjacentes e a gerar metástases. Os agentes que iniciam ou promovem a transformação celular são referidos como carcinógenos (SMELTZER; BARE, 2002), isto é, as células malignas se estendem para fora do órgão de origem, atravessando vários tecidos. E, geralmente, é irressecável, cirurgicamente, devido ao comprometimento de estruturas vitais. O tratamento local ou sistêmico depende das características do tumor. Na maioria das vezes, não possuem um bom diagnóstico e raramente são curáveis.

O câncer, em geral, não é hereditário. Existem, apenas, alguns raros casos que são herdados, tal como o retinoblastoma³. Outros cânceres, como os de próstata⁴, de mama⁵, de cólon e de útero, também, estão relacionados à herança genética. No entanto, existem alguns fatores genéticos que tornam determinadas pessoas mais suscetíveis à ação dos carcinógenos ambientais, o que explica a tendência de algumas delas para desenvolver câncer e de outras, não, quando expostas ao mesmo carcinógeno.

Ele também não é contagioso – como um resfriado ou a tuberculose, mas há alguns vírus oncogênicos, capazes de produzir câncer, que podem ser transmitidos por contato

³ Um tipo de câncer de olho que ocorre em crianças.

⁴ O fator hormonal está seguramente relacionado a esse tipo de câncer; porém, ainda se desconhece a sua verdadeira causa. Sabe-se que, com a sua incidência na família, dobram as chances de o indivíduo ser um portador. Segundo dados do Ministério da Saúde, os números de óbitos por câncer de próstata têm crescido, significativamente. Em 1984, foram 2.976, passando para 5.256, em 1994. Contudo, quase um terço dos homens com mais de 50 anos e que morrem de outras causas, se submetidos à necropsia, apresentam um câncer de próstata, até então, não diagnosticado. Uma das formas de prevenir essa patologia está na submissão a uma dieta pobre em gorduras e (ou) suplementos dietéticos que assegurem níveis adequados de vitaminas antioxidantes e sais minerais, como o magnésio e o selênio. A realização anual de um exame médico, acompanhado de toque retal, após os 50 anos, e dosagem anual do PSA, após os 50 anos, auxiliam na detecção precoce e no combate à doença (INCA, 2007).

⁵ É o mais freqüente, no mundo ocidental. Já resulta na segunda causa de óbitos, em mulheres, no Brasil. Também, pode atingir os homens (para cada 100 mulheres, existe um caso em homem). Os fatores de risco começam com a idade, geralmente após os 35 anos. O histórico familiar de câncer de mama aumenta em 85% a probabilidade de desenvolver a doença; a primeira gestação tardia (após os 30 anos), a obesidade e o álcool, o uso de hormônios, na adolescência, e o uso excessivo de hormônios, na menopausa, também, constituem fatores de risco. Outro fator influente é a primeira menstruação, antes dos 11 anos, e a última menstruação, após 55 anos, porque essas mulheres têm um maior número de ciclos menstruais, durante sua vida. A prevenção primária, para esse tipo de câncer, começa com os hábitos saudáveis de vida: dieta balanceada, variada e rica em vitaminas, fibras e sais minerais; controle de peso; uso criterioso de hormônios; uso moderado do álcool, do açúcar branco e dos aditivos químicos. Amamentar os seus filhos, também, é muito importante. A prevenção secundária oferece três armas importantes para o diagnóstico mais precoce do câncer de mama. São elas: o auto-exame; o exame periódico e a mamografia. (INCA, 2007).

sexual, transfusões de sangue ou uso de seringas contaminadas, como, por exemplo, o vírus da Hepatite B (hepatocarcinoma) e o HTLV-I /*Human T-Lymphotropic Virus Type* (leucemia e linfoma de células T do adulto). Há, também, vírus que predis põem ao câncer, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em relação ao sarcoma de Kaposi⁶ e ao linfoma não-Hodgkin⁷. Na verdade, já foram classificados mais de 20 tipos de vírus que levam ou estão relacionados ao câncer.

O câncer não escolhe idade, sexo, etnia⁸ ou grupo social. Portanto, qualquer pessoa está exposta a essa doença. Ele pode ocorrer na infância (em menor número de casos), mas é no adulto de meia-idade que ocorre grande parte dos casos. A razão é que, no decorrer da vida, o indivíduo adquire hábitos e se expõe a agentes nocivos à sua saúde, os quais alteram o seu metabolismo e trazem fortes conseqüências ao seu organismo. Por exemplo, os fumantes possuem um risco relativo dez vezes maior de desenvolver câncer de pulmão, quando comparados aos não-fumantes.

Contudo, a maioria esmagadora dos casos ocorre na chamada terceira idade. O envelhecimento traz mudanças nas células, que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas, por mais tempo, aos diferentes fatores de risco para câncer, explica, em parte, o porquê dessa doença ser mais freqüente, nesses indivíduos (INCA, 1997).

⁶ Origina-se de tecidos de suporte, em vez dos de revestimento, tais como ossos, tecido gorduroso, músculo e tecido fibroso de reforço, encontrado na maior parte do corpo (RESS, 2001).

⁷ Os linfomas se originam de células conhecidas como linfócitos, encontradas em todo o organismo, particularmente, nas glândulas linfáticas e no sangue. Os linfócitos são componentes muito importantes do sistema imunológico. Os linfomas são divididos em Hodgkin e não-Hodgkin, de acordo com o tipo de célula afetada (RESS, 2001).

⁸ “As taxas de sobrevivência relativa para 5 anos, em 1997, eram de 44% para os afro-americanos e de 60% para os norte-americanos de raça branca. Nos Estados Unidos, a mortalidade por câncer em afro-americanos é mais elevada que em qualquer outro grupo racial. Esse achado está ligado a incidência mais alta e a um estágio mais tardio de diagnóstico entre afro-americanos. O aumento da morbidade e da mortalidade por câncer nesse grupo está amplamente relacionado a fatores econômicos, educação e às barreiras para os cuidados de saúde, e não às características raciais.” (SMELTZER; BARE, 2002. p.252).

Os principais fatores causais do câncer estão ligados a agentes internos e externos ao indivíduo, os quais podem agir, juntamente ou em seqüência, para iniciar ou promover o processo de carcinogênese⁹ em um terreno propício. Ou seja, o tumor surge com a alteração genética associada à presença de fatores cancerígenos. Depois, na presença desse mesmo agente, os tumores crescem.

Os fatores de risco para o câncer podem ser encontrados no meio ambiente ou podem ser herdados. A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco. Quando falamos em meio ambiente, referimo-nos ao meio, em geral (água, terra e ar), ao ambiente de consumo (alimentos, medicamentos, fumo, álcool e produtos de uso doméstico), e, também, ao ambiente cultural (estilo e hábitos de vida).

O desenvolvimento urbano-industrial dos países tem imprimido sérias modificações aos padrões de vida e às relações sociais dos indivíduos. A poluição ambiental, a exposição dos trabalhadores a substâncias químicas cancerígenas, a adesão a maus hábitos de vida, a especulação imobiliária e a necessidade capitalista da criação de produtos que atendem às mudanças do processo civilizador (não se importando com o meio, implantam uso de elementos radioativos, a aplicação de agrotóxicos, uso de conservantes em determinadas carnes e frios, e a diminuição de investimento em equipamentos para a segurança do trabalhador), entre outras características, expressam, fielmente, as conseqüências do desenvolvimento industrial em relação ao aumento exponencial dos índices de câncer.

Outro fator de risco considerável, nos complexos urbanos, é a exposição ao alto índice de poluição do ar. Segundo pesquisas relacionadas aos agentes poluidores, a exposição ao monóxido de carbono se mostra associada ao aumento de óbitos por câncer de pulmão, com uma defasagem de três dias em relação aos demais agentes causadores da doença, fato de relativa significância no combate ao câncer de pulmão (JUNGER, 2005).

⁹ É o processo de transformação da célula normal em maligna.

Segundo pesquisas do INCA (2007), o tabaco é o responsável por 30% dos casos de câncer de pulmão, esôfago, laringe, garganta, cavidade oral, rim e pâncreas; o álcool é responsável por 3% dos casos de câncer hepático, de cavidade oral, laringe, garganta, esôfago e mama; e os maus hábitos alimentares são responsáveis por 30% dos casos de cólon, reto, próstata, endométrio (útero), ovário, mama e intestino. A ingestão de alimentos *fast food*, congelados, defumados e salgados (geralmente, ricos em gorduras, sal e conservantes), consumidos em meio ao corre-corre do cotidiano, são atores protagonistas no desenvolvimento de câncer de mama, cólon, endométrio, próstata e estômago.

As mudanças provocadas, no meio ambiente, pelo próprio homem, os “hábitos” e o “estilo de vida” adotados pelas pessoas podem determinar diferentes tipos de câncer. Entre eles, o tabagismo aparece como um dos mais importantes, estando diretamente relacionado ao câncer de pulmão, boca, laringe e bexiga. A destruição da camada de ozônio¹⁰ é um exemplo de alteração ambiental provocada pela emissão de gases poluentes dos automotores e das indústrias, como, também, pelo desmatamento descontrolado para implantação de complexos residenciais e venda de madeiras. Essas agressões contribuem para os cânceres de pele, de pulmão, de estômago, de esôfago e de colo e reto, porque geram mudanças, no meio ambiente, cujas seqüelas atingem diretamente a saúde.

Depreende-se, portanto, que o câncer ocorre onde há um terreno propício. Contra ele, existem dois tipos de prevenção: a primária e a secundária. Cabe ressaltar que, além de conhecer as medidas preventivas contra os fatores de risco, tem-se que trabalhar com registros de informações, utilizando-se o número real de casos existentes, já que estimativas não são fidedignas para o estudo de uma determinada população.

¹⁰ A camada de ozônio que, há milênios, recobre a Terra tem sido ameaçada pela ação humana, mais drasticamente, a partir de 1928, que foi o marco zero, com a criação do CFC, um gás que combina cloro, flúor e carbono, muito adotado nas indústrias de refrigeradores e *sprays*. Somente nas décadas de 1970 e 80 é que os pesquisadores descobriram que todo o gás emitido, desde então, havia se espalhado pela atmosfera e estava destruindo a camada de ozônio. Em 1985, foi descoberto um enorme buraco sobre a Antártida, fato que fez a comunidade internacional condenar o CFC; mas ele foi substituído por outros gases que também afetam a camada de ozônio (FERRONI, 2003, p. 47).

A **prevenção primária** é focada em medidas que garantam que o câncer não chegará a se manifestar, isto é, que impeçam que a doença ocorra. Consegue-se isso pela diminuição da exposição aos fatores de risco, o que depende mais do indivíduo. A pessoa que toma mais cuidado com a exposição aos fatores de risco, como evitar o fumo e o álcool, alimentar-se de forma balanceada, realizar prática de sexo seguro e praticar esportes, oferece exemplos de ações individuais que contribuem, significativamente, para a prevenção da doença (OTTO, 2002).

A **prevenção secundária** tem o objetivo de detectar e tratar o câncer, precocemente, enquanto este ainda se encontra em estágio passível de cura. Isto é, destina-se à procura da doença que já existe, mas ainda de forma latente, não manifesta, ou em um estágio bastante inicial. Ela se dá de maneira específica, para cada tipo de câncer, como o preventivo ginecológico, para o câncer de colo do útero; o auto-exame da mama, para o câncer de mama; a ultra-sonografia, para os cânceres de abdome; o toque retal, para o câncer de reto; entre outros exames periódicos.

Quanto ao tratamento, a medicina adota três principais modalidades terapêuticas: a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia.

A **cirurgia** é o mais antigo e definitivo método utilizado, quando o tumor é localizado em circunstâncias anatômicas favoráveis. Para alguns tipos de câncer, apenas a cirurgia não é suficiente, devido à disseminação de células cancerosas locais ou difusas.

A **radioterapia** (Rt)¹¹ tem o mesmo objetivo da cirurgia: remover o tumor, só que queimando-o, em vez de cortando-o. Ela consiste em um tratamento por radiações ionizantes para interromper o crescimento celular. Por isso, é o tratamento mais utilizado em tumores localizados, que não podem ser ressecados totalmente, ou em tumores que costumam recidivar, localmente, após a cirurgia.

¹¹ Surgiu da descoberta acidental dos Raios-X, em 1895, e tornou-se o método mais importante, no diagnóstico e tratamento dos casos de câncer não discerníveis a olho nu ou por apalpamento.

A última modalidade principal de tratamento é a **quimioterapia** (Qt)¹², um tratamento à base de medicamentos, seja por via oral ou endovenosa. Esses agentes antineoplásicos promovem a morte das células tumorais ao interferir nas funções e na reprodução das células. Seu principal objetivo é a cura da doença, mas é usada, também, para limitar o crescimento do tumor, ou, ainda, para aliviar os sintomas gerados pela doença.

Além das modalidades tradicionais citadas, muitos doentes de câncer procuram outras modalidades de terapia, como:

❖ **Imunoterapia:** é o tratamento por meio de medicamentos, com o objetivo de reforçar as defesas imunitárias do paciente de câncer e ativar seus anticorpos.

❖ **Hormonioterapia:** é o tratamento do câncer mediante a manipulação do sistema endócrino. Aconselhado apenas em algumas neoplasias hormônio-sensíveis, como carcinomas de endométrio e de próstata e os tumores tireoidianos iodocaptantes.

❖ **Tratamentos auxiliares:** estes incluem o tratamento psicológico, o tratamento com nutricionista, com o fisioterapeuta, terapias com acupuntura e outros. Cabe ressaltar que o sucesso da terapia depende da escolha e da combinação de duas ou mais modalidades de tratamento, necessitando muito da cooperação entre as especialidades.

No Brasil, são poucas as instituições especializadas no tratamento dessa patologia, principalmente, as vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹³. Estas são cadastradas,

¹² Ela foi descoberta, durante a segunda Guerra Mundial. Nos anos 40, no final da campanha na Itália, um navio americano, repleto de gás venenoso, foi detonado, no Porto de Nápoles, causando a morte de milhares de pessoas, por envenenamento da medula. Os médicos, na época, observaram que a ação venenosa do gás provocava uma anemia profunda e carência de glóbulos brancos. Isso proporcionou um estudo, no qual deduziram que o mesmo veneno poderia ser usado no tratamento da leucemia (câncer no sangue), provocada pela produção excessiva de glóbulos brancos. Assim, surgiu o primeiro tratamento sistêmico para o câncer. (RESS, 2001).

¹³ No Artigo 198, da Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), além de estar previsto o Sistema Único de Saúde para os serviços públicos, estão estabelecidas suas diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. No artigo 194, da C.F, 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.

pelo Ministério da Saúde (MS), como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACOn), Serviços Isolados de Quimioterapia e Serviços Isolados de Radioterapia. Essa rede de atendimento em oncologia é coordenada pelo INCA (Instituto Nacional do Câncer), através do Projeto Expande¹⁴.

Os tipos de câncer mais comuns, no Brasil, são os de pele¹⁵, de mama feminina, de próstata, de colo uterino¹⁶, de estômago¹⁷, de cólon e reto¹⁸ (lê-se, também, intestino), de

¹⁴ No Capítulo 3, apresentaremos a especificação desses serviços e uma análise.

¹⁵ É o tumor maligno mais freqüente, em nosso meio. Cerca de 50% das pessoas de pele branca, com mais de 65 anos, desenvolverão um câncer de pele, e 25 % terão mais do que um tumor desse tipo, no decorrer da vida. No Brasil, cerca de 28% dos casos de câncer são de pele. Ele atinge mais as pessoas de pele clara e que se expõem muito ao sol (INCA, 2005). O agente causador desse tipo de câncer é, principalmente, os raios ultravioletas do sol, seguido, raramente, de alguns produtos químicos, como os derivados do alcatrão e o arsênico, ou as radiações ionizantes, como as do Raio X. Cuidados com a exposição excessiva ao sol; o uso de protetor solar, roupas claras, chapéus grandes, bonés e camisetas; como também moderação no uso de bronzamento artificial, constituem formas de prevenção primária dessa patologia (RESS, 2001).

¹⁶ É um dos mais freqüentes tipos de câncer, principalmente, nos países menos desenvolvidos. No Brasil, mais de 80% da população feminina de risco não faz, ainda, esse exame de rotina, todos os anos. Por isso, a mortalidade por essa enfermidade continua alta. A taxa brasileira de mortalidade pelo câncer de colo uterino é uma das mais altas do mundo. É mais acentuada nas cidades de Belém, Recife, Goiânia e no Distrito Federal. Em 1998, foram constatados 21.700 casos novos de câncer de colo uterino e cerca de 6.800 óbitos pela doença (INCA, 2005). Os principais fatores de risco são: a baixa condição socioeconômica, a atividade sexual antes dos 18 anos, a multiplicidade de parceiros sexuais, o hábito de fumar e o uso prolongado de anticoncepcionais. Também cabe a infecção pelo papilomavirus (HPV), que é o agente mais apontado, atualmente, como responsável. O HPV é um vírus transmitido sexualmente, chamado papiloma vírus ou papovavirus. Existem mais de 75 tipos diferentes desse vírus. A maior parte provoca doenças benignas, como as verrugas da pele e dos genitais, dentre as quais as chamadas “crista de galo”. Ele é extremamente contagioso, mas facilmente detectado pelo exame de papanicolau (esse exame também é útil para detectar infecções diversas). O combate ao papilomavirus é um importante fator preventivo do câncer de colo do útero. Este tipo de câncer é um dos mais passíveis de prevenção (RESS, 2001).

¹⁷ É o mais comum em algumas províncias da China e no Irã. Em nosso país, ocorrem em torno de 7.000 novos casos, por ano. As taxas mais elevadas desse câncer se encontram no sul do país, onde ele está associado ao hábito de tomar chimarrão, não pelo chimarrão em si, mas pela alta temperatura em que ele é consumido. Também estão na mira desse câncer os alcoólatras, os fumantes e os consumidores abusivos de alimentos industrializados à base de nitrisamicinas e a sílica (conservantes). A sua evolução é bastante rápida e atinge, principalmente, os maiores de 40 anos. Dietas com vitaminas D, E, A, C, vitaminas do Complexo B e certos sais minerais, como o zinco, o selênio, o magnésio e outros, protegem contra esse tipo de tumor. Evitar o fumo e o uso abusivo de álcool também colabora (INCA, 2005).

¹⁸ De acordo com o Ministério da Saúde, o câncer de colo retal representa 5% dos óbitos por câncer, ocorridos no sexo masculino, e 6,5% das mortes ocorridas por câncer, no sexo feminino. Esse tipo de câncer é facilitado pelo retardo do ritmo intestinal (obstipação), que é cada vez mais freqüente, no Ocidente. Uma das principais causas é o uso de alimentação industrializada e pobre em fibras vegetais, juntamente com o estresse do cotidiano. Uma das formas de prevenção, para essa patologia, é a manutenção de uma dieta rica em fibras e pobre em gordura animal, o controle do peso, uma dieta balanceada e rica em verduras e frutas, realização de exame médico anual acompanhado do toque retal, após os 50 anos de idade, e realização de teste do sangue oculto, entre outros (INCA, 2005).

pulmão¹⁹ (inclui traquéia e brônquios), de esôfago, leucemia²⁰ e melanoma²¹. A soma dos casos notificados e estimados desses tipos de câncer apresentam números alarmantes em relação a essa doença, o que faz dela um caso de saúde pública.

1.2 A epidemiologia do câncer

A incidência mundial das doenças crônico-degenerativas vem aumentando. Entre elas, encontra-se o câncer que, no mundo, corresponde à segunda causa de morte por doença²². Isto faz dele um problema de saúde pública global. Segundo a OMS (2006), somente no ano de 2005, foram registrados 7,6 milhões de óbitos por câncer. Isso representa 13% das 58 milhões de mortes ocorridas, no ano referência. Desse total, cerca de 70% ocorreram nos países em desenvolvimento. Ainda, destaca uma estimativa mundial de aumento dos números de casos novos de câncer, podendo chegar a 9 milhões, em 2015, e aos 11,4 milhões, em 2030.

¹⁹ É um dos tumores malignos mais comuns, e uma das maiores causas de morte, tanto no homem quanto na mulher. No Brasil, ocorrem cerca de 20.000 casos novos, por ano, e os óbitos pela doença, estimados pelo Pro-Onco, do Ministério da Saúde, para 1998, chegaram ao número de 12.700. Sua maior causa é o hábito de fumar. Um terço das mortes masculinas e um quinto das femininas, por câncer, nos países industrializados, são por câncer de pulmão. A maior parte dos tumores malignos, no pulmão, é diagnosticada entre os 55 e 65 anos, depois de 25 anos ou mais de exposição ao fumo. Uma das principais formas preventivas dessa enfermidade é não fumar, evitar ambientes poluídos, realizar o uso rotineiro e profilático de complemento alimentar rico em antioxidantes, especialmente a vitamina C (que é reduzida, em 40%, no organismo dos fumantes) e evitar ambientes fechados com presença de pessoas fumando (INCA, 2005).

²⁰ Origina-se de células da medula óssea que produzem as células sanguíneas brancas. Essas células são cruciais para o sistema de defesa do organismo contra infecções. Na leucemia, ocorre uma concentração aumentada de glóbulos brancos, causando problemas, porque as células anormais não funcionam apropriadamente e porque elas restringem o espaço da medula óssea, impedindo que novas células sejam produzidas (RESS, 2001).

²¹ É o câncer do melanócito, uma célula que produz o pigmento escuro da pele. Os melanócitos garantem a cor normal da pele. Quando a pele é exposta ao sol, seus melanócitos são estimulados a produzir melanina, como parte de um bronzeamento natural, que protege das queimaduras solares. É a forma mais perigosa do câncer de pele. Pode ser tratado, com eficácia, quando está nas fases iniciais (RESS, 2001).

²² É impressionante como a patologia que ocupa o 2º lugar mundial de morte por doença carece de estatísticas oficiais. O último relatório disponível data de 2005, e, mesmo assim, o documento se limita a informar o número absoluto de mortes, por tipo de câncer (OMS, 2006). Nenhum dado foi encontrado acerca da epidemiologia mundial do câncer. No caso do Brasil, os dados remontam a 2003, com números fornecidos, exclusivamente, pelo INCA.

O câncer é uma doença que pode ter cura; porém, para um bom diagnóstico, é necessário detectá-lo precocemente. Para tal, é preciso criar indicadores que permitam avaliações das causas do câncer, da frequência com que ocorre, bem como da qualidade da assistência oferecida. Esses dados são, basicamente, a resposta a três perguntas:

- quem adoece por câncer?
- quem morre por câncer?
- qual a frequência das causas de câncer?

A primeira pergunta objetiva identificar o número de casos novos da doença, em uma população, em um determinado período, bem como o número de casos de câncer encontrados, em um dado momento, em certa população; ou seja, identificar as taxas de incidência da doença. A **incidência** relaciona-se às características da população que envolvem fatores de risco, tais como hábitos, estilo de vida e níveis sócioeconômico e cultural (OTTO, 2002).

A segunda busca dados de mortalidade da doença ou o número de mortes ocorridas, por uma doença, em uma determinada população, em um dado período de tempo. A **mortalidade** resulta de uma soma de fatores, que variam desde a desinformação, crenças negativas sobre a doença e seus métodos de diagnóstico precoce e cura, até a deficiência de serviços de saúde, os quais levam à detecção tardia do câncer (OTTO, 2002).

Quanto à terceira pergunta, esta visa identificar os dados de **prevalência** de fatores de risco da doença, ou seja, o número de indivíduos que estão submetidos a determinada exposição, na população. É expressa em proporção ou porcentagem. (OTTO, 2002).

Os tipos de câncer mais frequentes, no mundo, por ordem de mortalidade, são: nos homens, os de pulmão, de estômago, de fígado, de cólon e reto, de esôfago e de próstata; e

nas mulheres, os de mama, de pulmão, de estômago, de cólon e reto, e de colo uterino (OMS, 2006).

Segundo a última publicação dos dados dos Registros de Base Populacional (RCBP), realizada pelo INCA, em 2003, o câncer de pulmão é considerado o tipo de câncer que acomete o maior número de pessoas no mundo, perfazendo 1,2 milhão de casos novos. As áreas de maior incidência são Europa (especialmente, a parte oriental), a América do Norte, a Austrália, a Nova Zelândia e a América do Sul. As taxas, na China, no Japão e no sul e no leste asiáticos são moderadamente altas. A incidência desse tipo de câncer, nos países desenvolvidos, representa 52% dos casos novos estimados, no mundo (INCA, 2003).

O câncer de mama assume a segunda posição, no contexto mundial, em relação aos casos novos de câncer, mas se mantém na primeira posição, entre as mulheres, consubstanciando, aproximadamente, 1 milhão de casos novos. A Holanda é o país com maior incidência, com uma taxa de 90,2/100.000, seguida dos Estados Unidos, cuja taxa de incidência é de 86,9/100.000 (INCA, 2003).

Na terceira posição, temos o câncer de estômago, com incidência de 870 mil casos novos, por ano, sendo o Japão a área de maior incidência, com 77,9/100.000, em homens, e 33,3/10.000, em mulheres. Taxas elevadas, também, são observadas na América Central, na América do Sul e no leste da Ásia (INCA, 2003).

No Brasil, os dados epidemiológicos²³ revelavam, para o ano de 2006, uma estimativa de 234.570 casos novos, para homens, e 237.480, para mulheres, resultando em um total de mais de 470 mil casos novos de câncer, segundo localização primária – um aumento de cerca de 500 mil novos casos, em relação às estimativas do ano anterior – indo a óbito 1/3 desse total. (Tabela 1) Segundo o INCA (2005), a incidência e a mortalidade, por câncer, têm crescido, no país, em razão do aumento da expectativa de vida e do controle de

²³ Até o fechamento deste capítulo, não foram encontradas publicações com os dados epidemiológicos de 2006, nem mesmo as estimativas para 2007.

doenças infecto-contagiosas. Nas últimas décadas, as autoridades sanitárias do país observaram um aumento, em 43%, nos óbitos por câncer.

Tabela 1

Estimativas para o ano 2006 de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos		
	Masculino	Feminino	Total
Mama Feminina	-	48.930	48.930
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.850	9.320	27.170
Estômago	14.970	8.230	23.200
Colo do Útero	-	19.260	19.260
Próstata	47.280	-	47.280
Cólon e Reto	11.390	13.970	25.360
Esôfago	7.970	2.610	10.580
Leucemias	5.330	4.220	9.550
Cavidade Oral	10.060	3.410	13.470
Pele Melanoma	2.710	3.050	5.760
Outras Localizações	61.530	63.320	124.850
Subtotal	179.090	176.320	355.410
Pele não Melanoma	55.480	61.160	116.640
Todas as Neoplasias	234.570	237.480	472.050

Fonte: **INCA**, 2005.

Os dados epidemiológicos apresentam, também, as escalas de incidência entre os tipos de câncer. O câncer de mama permanece como o primeiro tipo de câncer mais freqüente, entre as mulheres – acompanhando as estimativas mundiais. O método de prevenção secundária, que apresenta resultados na redução da mortalidade deste tipo de câncer, é o rastreamento populacional, com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos (INCA, 2005). Porém, esse método, principalmente, no sistema público de saúde brasileiro, onde a burocracia para o acesso às unidades de saúde, a escassez de profissionais especializados, o pouco quantitativo de mamógrafos disponíveis, na rede, o estado precário

e a má conservação desses equipamentos, além da distância entre consultas, revela-se um grande desafio para a população feminina.

Outro tipo de câncer que merece destaque é o de próstata. Ele é considerado o “câncer da terceira idade”, uma vez que 75% dos casos – no mundo – ocorrem, a partir dos 65 anos. O número de casos novos de câncer de próstata diagnosticados, no mundo, representa 15,3% de todos os casos incidentes de câncer, nos países desenvolvidos, e 4,3% dos casos, em países em desenvolvimento. No Brasil, ele representa cerca de 10% do total da incidência estimada para o ano de 2006.

Se somarmos os tipos de câncer supracitados, unidos ao de colo uterino, teremos os cânceres relacionados ao gênero. Se fizermos uma análise das estimativas dos anos anteriores, veremos que os números relacionados aos tipos de câncer específicos de gênero, juntos, representam 23,5% (2002), 29,9% (2005) e 24,5% (2006) do total de casos novos estimados. Em ambos os casos, a prevenção e o tratamento dependem de acompanhamento clínico constante, com especialistas, mas nem todas as mulheres e todos os homens, na faixa etária de “risco”, possuem acesso aos exames realizados pelo SUS, o que resulta, em muitos casos, na detecção da doença em estágio muito avançado, elevando as taxas de mortalidade, no país. Isso é apenas um dos antagonismos do sistema de saúde brasileiro que, embora, constitucionalmente, garanta o acesso universal, não o viabiliza para todos.

Esses impactos do câncer poderiam ser menores, uma vez que cerca de 30% dos casos podem ser prevenidos, e outros 30%, diagnosticados precocemente. Segundo a OMS (2006), medidas como o não-consumo de tabaco e álcool, uma dieta e a prática de atividades físicas, somadas às ações públicas de saúde, como a realização de exames de detecção precoce e tratamentos adequados, resultariam na diminuição desses impactos sociais.

Contudo, para a implantação de um Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer, principalmente, no âmbito estadual, é essencial construir um sistema de informação capaz de gerar tomada de decisões por meio de análise e disseminação de informações sobre câncer. Mas ainda é muito difícil obter números absolutos para o câncer, no Brasil. Os relatórios de estimativas e avaliação de casos novos e óbitos se baseiam nos RCBP, supervisionados pelo INCA/MS, e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS), centralizado, nacionalmente, pela Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS). Os dados colhidos são aperfeiçoados pela equipe da Divisão de Informação da Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV/INCA), que conta com a colaboração de epidemiologistas e estatísticos, especialistas na área de informação em câncer, de universidades e centros de pesquisa (INCA, 2005, p.7).

A metodologia utilizada por essa equipe permite obter a taxa de incidência de câncer, para uma determinada região, multiplicando-se a taxa observada de mortalidade da região pela razão entre os valores de incidência e mortalidade da localidade onde existia RCBP. Para a referida análise, a razão incidência/mortalidade foi obtida, dividindo-se o total de casos novos pela soma dos óbitos fornecidos pelo SIM, ambos referentes ao período entre 1997 e 2001 (períodos de maior concentração de informações dos RCBP) (INCA, 2005, p.7).

A razão incidência/mortalidade do total de registros foi considerada a razão Brasil, e a mesma foi aplicada às taxas de mortalidade estimadas, para o ano 2006, por Unidade da Federação (UF) e respectivas capitais, obtendo-se, assim, as estimativas das taxas de incidência e o número de casos novos, para o ano 2006. (INCA, 2005, p.7).

$$TII = TMI \times (Ir/Mo)$$

Em que:

TII = Taxa de incidência estimada para a UF ou capital

TMI = Taxa de mortalidade estimada pela série histórica de mortalidade para UF ou capital

Ir = número de casos novos do RCBP (período entre 1997 e 2001)

Mo = número de óbitos das localidades onde existe RCBP (período entre 1997 e 2001), obtidos do SIM.

Cabe ressaltar que os números do RCBP baseiam-se nos dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que são fornecidos pelos grandes centros de tratamento de câncer de cada região. Assim, os pacientes que chegam às grandes emergências, com casos em estágio avançado da doença, ou aqueles que não conseguem acesso a esses centros, não são indicados, nas estatísticas. Isso revela que os dados epidemiológicos sobre câncer, presentes nas estimativas publicadas pelo INCA, podem ser muito mais alarmantes do que os oficialmente divulgados, dada a alta taxa de subnotificações e não-notificações, fazendo-nos refletir sobre a necessidade imediata de mudanças na Política de Assistência Oncológica, em relação ao acesso aos serviços especializados. É um caso de urgência, na saúde brasileira.

Esse panorama poderia ser alterado, com relativo sucesso, se a Saúde fosse uma das prioridades do nosso governo, posto que a reversão da situação de caos e penúria, ora presentes, no país, derivam do planejamento sociopolítico do Estado em relação à saúde, no Brasil²⁴. Como já explicitado, o câncer é a segunda maior causa de morte, no país, superado, apenas, pelas doenças cardiovasculares. O sistema de saúde brasileiro embute

²⁴ Essa questão será melhor trabalhada nos Capítulos 3 e 4.

particularidades, tais como o fornecimento de serviços públicos tidos como ineficientes ou de má qualidade, a descentralização irregular das unidades especializadas de tratamento, a burocratização da rede básica, a não-efetivação da universalidade, entre outras, que inibem o acesso às unidades públicas de saúde e facilitam o acesso às unidades privadas, para aqueles que possuem a possibilidade de financiamento, gerando um sistema de saúde seletivo, oposto aos princípios determinados pela Constituição Federal de 1988 e procedimentos definidos pela legislação instituidora do SUS.

Diante dos dados arrolados, a OMS reuniu, em maio de 2005, a 58ª Assembléia Mundial de Saúde e aprovou uma estratégia mundial de controle do câncer, cujo objetivo é reduzir essa doença e seus fatores de risco, assim como melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, em todo o mundo. Tal estratégia se baseia nos seguintes princípios: orientação às pessoas; equidade; adesão; alianças e enfoque multisetorial; sustentabilidade; integração; distribuição e embasamento nos estudos e nas melhores práticas e experiências dos países (OMS, 2006).

Aliada ao Centro Internacional de Investigação sobre o Câncer e outras organizações da Organização das Nações Unidas (ONU), a OMS direcionará a prevenção e o controle internacional do câncer e colocará em prática as seguintes medidas (OMS, 2006):

- ❖ Promoção da prevenção e controle do câncer e busca de compromissos políticos com este objetivo; geração de novos conhecimentos e difusão dos já existentes, com a finalidade de facilitar a aplicação e a execução de programas de controle de câncer com bases epidemiológicas;
- ❖ Elaboração de normas e instrumentos para orientar de forma eficaz o planejamento do controle do câncer e a aplicação de intervenção e eficácia

demonstrada para a prevenção, a detecção prévia, o tratamento e os cuidados paliativos do câncer;

- ❖ Facilitação da criação de redes multisetoriais de associados para o controle do câncer em níveis mundial, regional e nacional;
- ❖ Fortalecimento da capacidade de elaboração e aplicação de políticas e programas eficazes, assim como para o fortalecimento dos sistemas de saúde;
- ❖ Prestação de assistência técnica aos países em desenvolvimento para que as intervenções de controle de câncer, que possuem uma eficácia comprovada se transformem de forma eficaz e eficiente em políticas e programas de saúde pública.

Diante do disso, percebemos que a prevenção do câncer é uma grande aliada na luta contra a doença e deve ser adotada não apenas pelos indivíduos e pela sociedade, mas aplicada por meio de políticas públicas, em todos os setores da sociedade e do Estado.

1.3 Os reflexos sociais

As limitações impostas por qualquer doença crônica afetam não somente o seu portador, mas também todo o seu ciclo de convivência. Elas começam a se manifestar a partir do descobrimento da doença e ao longo do tratamento, passando pelo impacto da descoberta até a escolha do cuidador. Nesse processo, estão inseridas situações que transcendem o aspecto meramente biológico da doença. Demandas sociais e emocionais farão parte do cotidiano do doente e dos envolvidos com o seu cuidado.

A partir do diagnóstico de câncer, abre-se o caminho para um tratamento incerto, doloroso, prolongado, que marca o corpo, choca a família, muitas vezes afasta os amigos e fragiliza os planos de futuro, notadamente, quando a possibilidade da morte se torna

iminente. Daí, surge uma corrida contra o tempo e a favor de tudo o que é possível ser feito para o restabelecimento do doente. Tratamentos isolados, como a acupuntura, a homeopatia, a psicologia, a fitoterapia e a nutrição são buscados pelos doentes, como uma possibilidade de cura, agudizando o desespero e a ansiedade, dele e de sua família. Do paciente, porque quer ver resultados concretos e imediatos; e da família, porque se utiliza de diversos meios para adquirir os recursos de financiamento para os mesmos.

E não apenas isso. O câncer traz outras mudanças, como tumorações deformantes, em locais visíveis, e o uso de ostomias, a alopecia (queda de cabelo), queimaduras (efeito colateral da Rt), emagrecimento descontrolado, que, entre outros aspectos próprios da doença, geram um distanciamento das pessoas dos portadores de câncer, devido à falta de conhecimento e à rejeição da doença. Marcas deixadas pela doença geram constrangimentos em seu portador que, por vezes, se sente – ou mesmo se coloca – isolado das relações familiares e sociais, devido à sua baixa auto-estima, ao medo do preconceito e da zombaria, ou mesmo ao receio de contaminação do próximo (muitas pessoas ainda vêem o câncer como uma doença contagiosa).

Esse afastamento não incidirá, apenas, sobre a dinâmica de vida do indivíduo acometido de câncer, mas também do seu círculo de convivência. Geralmente, filhos e netos não se sentem aptos e nem se dispõem como cuidadores, passando tal tarefa para aquele indivíduo que possui “tempo livre”. E uma grande dúvida nasce: de quem é a real responsabilidade pelos cuidados com o paciente: a família ou o Estado?²⁵

A família, aqui, é compreendida como grupo de pessoas que co-habitam sob o mesmo teto. Dessa forma, podemos identificar dois grupos: o que está junto do paciente, vivenciando concretamente todo o processo de desgaste promovido pela doença; e aquele,

²⁵ Tais temáticas serão melhor discutidas, nos capítulos seguintes.

cujos membros são familiares consangüíneos, mas moram em suas respectivas casas, e que, após saírem da presença do paciente, deixam de vivenciar concretamente a doença.

A forma como cada paciente reage ao diagnóstico de câncer depende de diversos fatores: do seu momento de vida, de suas experiências anteriores, das informações que recebeu, no convívio social, e do ambiente familiar e cultural em que nasceu e cresceu. É comum, nos pacientes que recebem esse diagnóstico, surgirem diversos sentimentos de difícil elaboração, como ansiedade, raiva, medo, angústia, culpa e depressão, os quais são permeados pela incerteza e pela insegurança, em relação ao futuro.

A família, também, vivencia esse momento de choque, de incerteza e impotência. As famílias que já eram unidas renovam seus valores e tendem a unir-se, para atender às necessidades imediatas, para elaborar a aceitação da doença e enfrentar as dúvidas quanto ao futuro incerto. Já as famílias mais vulneráveis costumam se fragmentar. As preocupações cotidianas com a saúde acarretam uma mistura de impotência e culpa. Aparecem, aí, as dúvidas que atribuem a doença a descuidos e transgressões (ROMANO, 1999).

Essas tensões afetam o sistema familiar e, também, são impulsionadas por fatores mais significativos, como o contexto social da doença, o histórico de perdas anteriores, a natureza da doença, a posição e a função do paciente na estrutura familiar (SOARES, 2006a).

Somado a esses fenômenos, há a questão da morte. Com frequência, os pacientes, em estado terminal, expressam que não têm tanto medo de morrer, mas temem o sofrimento relacionado ao processo da morte. Isso ocorre, especialmente, quando essa experiência é marcada por dependência, mutilações, impotência e dores, que tão constantemente

acompanham a doença terminal, ameaçando a integridade pessoal e cortando a perspectiva de um futuro (ROMANO, 1999).

Diante disso, entendemos que percorrer os caminhos de uma doença “incurável”, com piora progressiva até a morte, nos cânones de uma sociedade que valoriza o vigor e a beleza, a produção e o consumo, exige do ser humano formas de superações sucessivas, difíceis de alcançar, na sua condição de doente, dependente, carente, diferente, ele mesmo tornado ente supremo de um saber sobre a vida que se acaba. A chegada da morte, com implicações gestadas pelo medo, pela recusa, pelos sentimentos de fracasso, que ameaçam e culpam, deve ser considerada como a solenidade final de uma existência.

No bojo dessa questão, a família, além de todos esses aspectos, tem que lidar com uma nova situação de vida e relacionamento familiar. Nas classes menos favorecidas economicamente, aquele que não trabalhava se submete a condições insalubres, informais e de insegurança, em algum trabalho, para complementar a renda familiar, que está sendo consumida pelo alto custo do tratamento (principalmente, nos gastos com medicamentos e exames) (SOARES, 2006b). Muitos desses membros ainda são crianças e (ou) adolescentes que, em alguns casos, abandonam os estudos ou se dividem entre a escola e o trabalho. Os aposentados retornam à ativa, e o doente, a cada dia que se passa, fica mais sozinho e dependente de favores alheios; e, quando se encontra com os seus familiares, no fim do dia, absorve o estresse da rotina de cada um, sentindo-se um peso para a família.

Nas classes mais ricas, os pacientes e seus familiares submetem-se a uma rotina turbulenta, composta por viagens, realização de uma bateria de exames diários, contratação de profissionais especializados para os cuidados com o paciente, participação em experiências com novos tipos de medicamentos, dentre outros. Esse segmento possui a facilidade de acesso aos tratamentos, devido às possibilidades de financiá-los. Contudo, a

reação dos portadores de neoplasia supera as desigualdades de classe e os une no espectro da dor, da mutilação e da desmotivação, na luta pela vida.

Contudo, os impactos da doença não atingem somente os grupos ligados aos portadores, mas toda a sociedade. Um dos impactos visíveis é no campo do trabalho. A redução do potencial de trabalho humano gera custos relacionados ao déficit de produção, decorrente do tempo potencial de trabalho perdido por causa da morbidade, da incapacitação e da morte provocadas por essa doença. Os impactos gerados na economia do país, oriundos dessa perda na força de trabalho e refletidos no quantitativo na população ativa, são muito expressivos, pois representam milhões de anos de vida perdidos.

Outro impacto, no campo do trabalho, se refere ao próprio trabalhador, que depende, exclusivamente, da venda de sua força de trabalho para a sua sobrevivência, e, por isso, a doença se transforma em um fator de exclusão que o incomoda duplamente, pois afeta não apenas a sua saúde, mas também a sua capacidade produtiva. Dessa forma, implicações socioeconômicas afetam a percepção da doença, e o doente, muitas vezes, abusa dos seus limites para continuar trabalhando, como meio de obter recursos para restabelecer a sua saúde e zelar pelos seus familiares, uma vez que não pode contar com um sistema de proteção social que lhe garanta a saída, ou mesmo a licença do trabalho, sem ônus para o seu salário.

Esses são alguns dos exemplos, entre milhares de outros, os quais estão na mídia e expressos nos relatos e nas percepções dos pacientes, de seus familiares e círculo de convivência e dos profissionais da área da saúde inseridos no cotidiano do tratamento oncológico. Fatos que caracterizam um processo de desequilíbrio da família, aguçado pela deficiente infra-estrutura de políticas sociais, implantadas pelo Estado, as quais seguem, fielmente, o receituário neoliberal de enxugamento das políticas públicas.

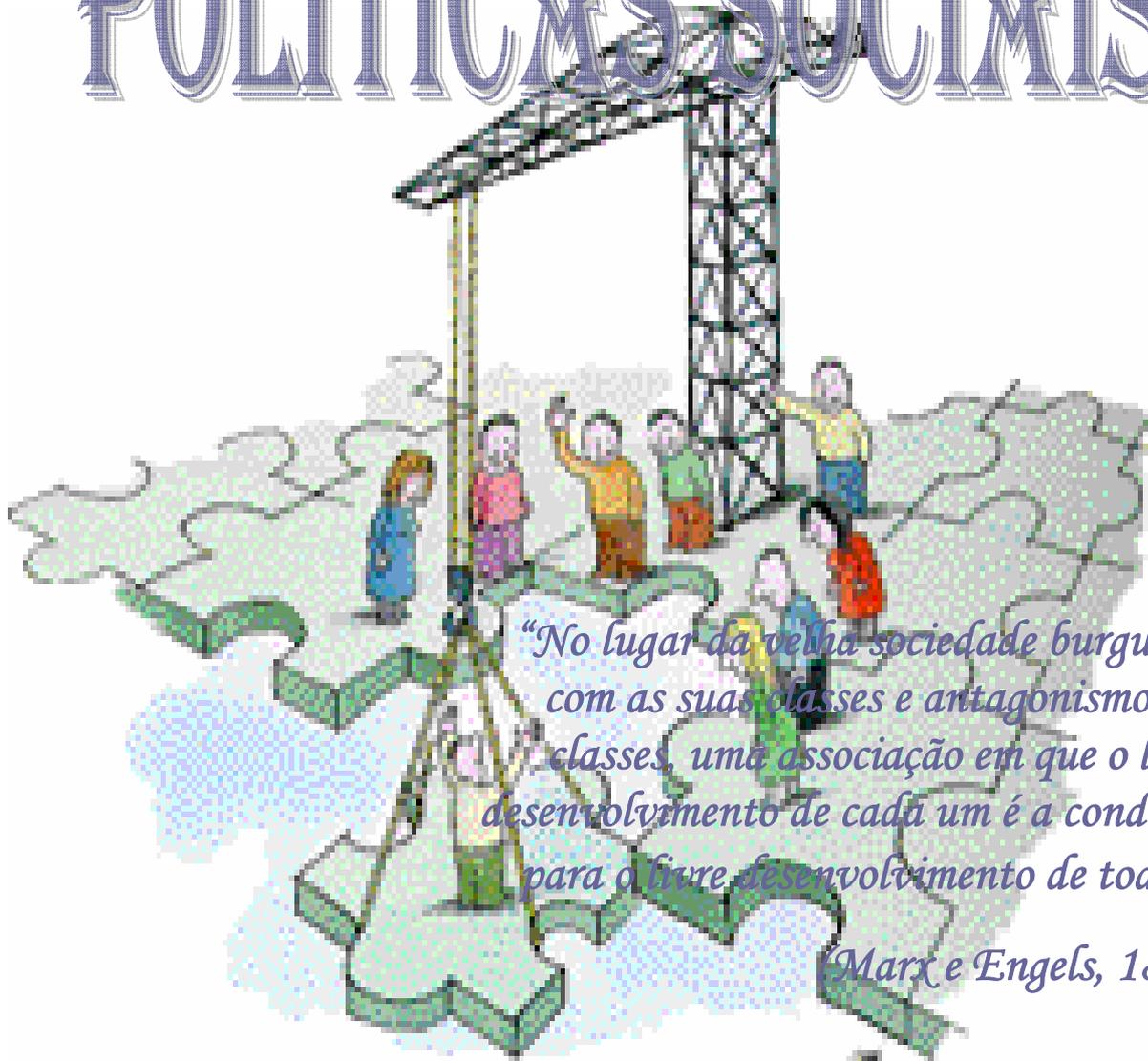
Esse receituário transforma o Estado Provedor em Estado Mínimo, que fortalece o mercado e restringe as ações públicas do Estado para os ditos “miseráveis”, criando um forte “darwinismo social”, no qual a inserção social dos indivíduos se define pelo mercado, que visa o acúmulo de capital e proporciona a expulsão dos “menos aperfeiçoados”. Em outras palavras, “sobrevive o mais forte”. Assim, em relação à saúde, prevalece o modelo hospitalocêntrico, que associa o processo de adoecer à morte. Para a população usuária do sistema público de saúde brasileiro, resta o sonho de receber um atendimento eficiente e eficaz, de forma universal, conforme garantido pela Constituição Federal.

A união desses fatores biológicos, associado aos econômicos, sociais e políticos, tornam o câncer um "inimigo bem articulado" e um fortalecedor da “questão social”²⁶, no país.

²⁶ A “questão social” constitui-se no ponto nodal do capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2

AS POLÍTICAS SOCIAIS



“No lugar da velha sociedade burguesa, com as suas classes e antagonismos de classes, uma associação em que o livre desenvolvimento de cada um é a condição para o livre desenvolvimento de todos”

(Marx e Engels, 1848)

CAPÍTULO 2

AS POLÍTICAS SOCIAIS

Como referimos, o câncer produz reflexos sociais que atingem não somente o seu portador, mas, também, a estrutura econômica da sociedade, principalmente, quando esse portador é um trabalhador ativo, pois deixa de vender a sua força de trabalho e se torna um dependente do Estado ou dos programas de assistência social, ou ainda de instituições filantrópicas, perdendo, portanto, o valor social que outrora possuía. A consequência mais imediata é que esse indivíduo passa a ser visto como um “parasita”.

No entanto, no Brasil, desde os anos 1980 – e com maior aprofundamento, nos anos subseqüentes – as políticas sociais públicas foram sendo paulatinamente desmontadas, como resposta à implementação do receituário neoliberal, ora hegemônico, em nosso país.

Para melhor subsidiar a compreensão das repercussões da assistência das políticas sociais públicas, na vida da população, em geral, e dos pacientes oncológicos, em especial, cabe – em um passo claramente propedêutico – um rápido excursão sobre a gênese e a evolução das políticas sociais e sobre a maneira como elas se materializam,, na contemporaneidade.

2.1 A “questão social”: como tudo começou

No início do século XIX, o fenômeno da pobreza acentuada e generalizada assolava a Europa Ocidental, como fruto da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra. Segundo Castel (1998), o pauperismo era visto pelos observadores sociais da época como

uma espécie de “contaminação da miséria”, da desgraça que infectaria progressivamente todo o corpo social.

Mas, na verdade

“[...] pela primeira vez na história registrada, *a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas*. [...] e aparecia como nova precisamente porque ela se produzia pelas mesmas condições que propiciavam os supostos, no plano imediato, da sua redução e, no limite, da sua supressão” (NETTO, 2001b, p.16–17; grifos do autor).

Isso quer dizer que a onda industrializante a que aludimos acima provocou a divisão da sociedade, fundamentalmente, em duas classes antagônicas: de um lado, aqueles que detinham os meios de produção; e, do outro, aqueles que produzem os bens e serviços a serem consumidos coletivamente. Ou, na linguagem marxiana, a burguesia e o proletariado.

É no bojo dessa relação que o trabalho humano se transformava em ‘mercadoria’; isto é, os proprietários dos meios de produção compram a força de trabalho do proletariado que, em troca, recebe uma remuneração (salário), a qual não corresponde ao total de força de trabalho vendida, mas a apenas uma parte. Uma vez que o quantitativo de força de trabalho vendido é maior do que o remunerado, o capitalista transforma o trabalho excedente (mais-valia²⁷) em lucro.

Assim, “*o trabalhador trabalha sob o controle do capitalista, a quem pertence o seu trabalho*” (MARX, 1996, p. 208), e, portanto, submetido a longas e contínuas horas de atividades laborativas, sem receber um salário que garanta, a ele e seus familiares, o mínimo necessário à sua subsistência e à sua manutenção. Cabe ressaltar que as extenuantes

²⁷ A mais-valia se origina de um excedente quantitativo de trabalho, da duração prolongada do mesmo processo de trabalho, tanto no processo de produção de fios quanto no de produção de artigos de ourivesaria. A mais-valia é o trabalho não pago. Quando um operário trabalha em uma fábrica, produz valores, acrescenta valores à matéria-prima, produz capital. Porém, o tempo devido de trabalho deve ser apenas aquele que seja suficiente para manutenção do trabalhador – tempo-necessário – ou seja, o bastante para produzir valores que irão sustentar o trabalhador (MARX, 1996).

jornadas de trabalho alcançavam, também, os idosos, as mulheres e crianças. Essa inversão proporcional entre jornada de trabalho e salário recebido fez com que os trabalhadores reagissem contra a exploração, por meio de manifestações reivindicativas e greves.

Em meados do século XIX, as principais manifestações do proletariado emergem, em busca de condições mínimas de subsistência, e se configuraram como uma ameaça concreta à ordem capitalista vigente. Tais protestos eram em prol dos direitos relativos ao trabalho, além de seu reconhecimento, como classe, pela burguesia, e, principalmente, pelo Estado, caracterizando-se na emergência da classe trabalhadora e na promoção de seu ingresso, no cenário político.

A Revolução de 1848 se destaca como marco principal dessa luta de inserção da classe trabalhadora, no cenário político-econômico. A partir de então, o proletariado sai da condição de classe em si e passa para a de classe para si²⁸ (NETTO, 2001b).

Segundo Lapeyronie (2003), esse reconhecimento como classe não mudou a situação do operariado, mas o “prisma social” através do qual era visto. Os operários passaram a ser reconhecidos como atores sociais que exprimiam manifestações em busca de uma melhor qualidade de vida, e não uma resistência às mudanças e à modernidade.

A esse conjunto de manifestações, que gradativamente sacudiu toda a Europa recém-industrializada, se nomeou “questão social”. Os primeiros a observar essa série de revoltas, convulsionando o Velho Continente, as classificaram como uma disfunção, que ameaçava a

²⁸ Em 1867, Karl Marx publica o primeiro volume de O Capital, um livro que revela a “anatomia da questão social” e a traduz como fruto da relação capital/trabalho – exploração do trabalho para a acumulação de capital – colocando-a como fenômeno constitutivo do desenvolvimento capitalista, ascendendo a razão teórica à compreensão do complexo de causalidade da questão social. Essa publicação fortaleceu a compreensão do operariado, como classe trabalhadora, e, assim, pôde guarnecer seus manifestos através de reivindicações e incentivadas pela leitura do Manifesto do Partido Comunista (obra de Marx e Engels, escrita entre dezembro de 1847 e janeiro de 1848 e publicada, pela primeira vez, em Londres, em fevereiro de 1848). (Netto, 2001b). Tais manifestações resultaram em grandes movimentos e revoluções, no decorrer do século seguinte, e marcaram a história dos direitos sociais e da luta pela cidadania.

ordem e a coesão social (IAMAMOTO, 2001), dando-lhe um trato estritamente conservador, o qual propunha uma integração através de um misto de caridade, repressão e moralização, com o intuito de conter a pobreza. Tal perspectiva fortalecia a idéia de dualização e de exclusão, conferindo às classes populares as imagens de ‘perigosas’ e ‘violentas’, em razão dos tumultos, descritos nas páginas policiais, e de mendicância, pois “*o pauperismo é a miséria, da qual os próprios trabalhadores são culpados, e ao qual, portanto, não se deve prevenir como uma desgraça, mas, antes, reprimir e punir como um delito*” (MARX, 1844, p. 8).

A “questão social”, para os conservadores laicos, era vista como um conjunto de problemas sociais inerentes à nova sociedade e, portanto, não elimináveis, que poderiam, no máximo, ser objeto de intervenções políticas limitadas. Por isso,

“[...] quando o Estado admite a existência de problemas sociais, procura-os em leis da natureza, que nenhuma força humana pode comandar, ou na vida privada, que é independente dele, ou na ineficiência da administração, que depende dele.” (MARX, 1844, p. 11).

A resposta do proletariado foi o enfrentamento direto da repressão, por meio da organização dos trabalhadores. Dessa forma, foram as massivas e conseqüentes lutas da classe trabalhadora que mostraram a dura realidade que se apresentava aos muitos que eram o motor do progresso econômico de poucos.

Nesse envolver de acontecimentos, já não era mais possível escamotear a verdadeira gênese da “questão social”, ou seja, de que ela “[...] *está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração.*” (NETTO, 2001b, p. 45). Com isso, o Estado assume a função de assegurar uma estabilidade social burguesa, mantendo a vigilância e o controle da vida da sociedade.

É, portanto, a partir da compreensão e da análise da sociedade burguesa – e, aqui, há que se colocar em evidência o protagonismo de Marx – que o pensamento progressista também se apropria da discussão sobre a “questão social”, definindo-a como

“[...] o conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho, dá as condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do trabalhador livre, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais.” (IAMAMOTO, 2001, p. 16-17).

Num panorama geral, temos a “questão social” expressa nas desigualdades, nas privações, na exploração do trabalho etc., denunciada pela classe trabalhadora, em suas manifestações em prol dos direitos sociais. E o Estado, atuando para preservar e controlar a força de trabalho, tanto a ocupada quanto a excedente, o que se torna primordial para ele, assim como outras funções decorrentes de uma nova necessidade do capital. O Estado passa a assumir uma gama de funções políticas e econômicas, que interferem, direta e indiretamente, na organização da economia, agindo como um administrador dos ciclos de crise, por meio de projetos de médio e longo prazos, nos quais incluem as políticas sociais, que se apresentam como o resultado de um “pacto social” estabelecido com segmentos do movimento operário (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Assim, em cada época do desenvolvimento capitalista, observamos que a “questão social” é respondida de forma diferente. No capitalismo concorrencial²⁹ – fase do capitalismo ainda não maduro – ela era respondida com ações coercitivas, sendo considerada uma “questão de polícia”. O Estado objetivava, basicamente, a manutenção da ordem pública e utilizava a repressão em face da ameaça de corrosão, respondendo aos

²⁹ “O capitalismo evolui passando por alguns estágios e cada um nasce do precedente. São eles: estágio primitivo ou de manufatura (século XVI), estágio clássico ou de livre concorrência (século XIX) e estágio monopolista ou imperialista. Nesse último se evidenciam o processo de monopolização do capital e a transformação das condições de concorrência; o desenvolvimento do capital financeiro (capital industrial em simbiose com o capital bancário) e a exportação sistemática de capitais.” (BEHRING, 2002 p. 33).

conflitos conforme eles se apresentavam. Já no capitalismo monopolista – fase do capitalismo maduro – a “questão social” torna-se objeto de respostas institucionais, por meio de políticas sociais, como mecanismo básico para a reprodução social da força de trabalho e de legitimidade das elites, além da reprodução do capital como pressuposto constitutivo da formação capitalista.

A partir desse momento do capital, em que as políticas sociais entram no cenário da relação capital/trabalho, como forma de amenizar os conflitos sociais, e, ao mesmo tempo, garantir a hegemonia capitalista e o controle da classe trabalhadora, o Estado amplia e torna mais complexos a estrutura e o significado de sua ação. Essas intervenções nas expressões da “questão social” se dão de maneira limitada, por que, se não o fizesse, entraria na sua problemática a relação capital/trabalho, colocando em xeque a sociedade burguesa. Para tanto, as seqüelas da “questão social” são fragmentadas, tidas e enfrentadas como “problemáticas particulares”; ela é *“atacada nas suas refrações, nas suas seqüelas apreendidas como problemáticas cuja natureza totalizante, se assumida conseqüentemente, impediria a intervenção.”* (NETTO, 2002, p. 33).

Essas ações pontuais e superficiais não estão mais relacionadas apenas às pressões dos trabalhadores e da massa explorada organizada, tampouco às relações decorrentes da ordem capitalista. Cabe ao Estado não só assegurar, continuamente, a reprodução e a manutenção da força de trabalho,

“Mas é compelido [...] a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e a sua disponibilidade para a ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio.” (NETTO, 2001a, p. 27).

Com a crise desse modelo de Estado³⁰, a “questão social” passa a ser vista como uma “ameaça” à ordem produzida pela inadaptação dos antigos métodos de gestão do social e, portanto, apresentada, numa perspectiva sociológica, como uma “nova questão social” (IAMAMOTO, 2001)

Segundo Netto (2001b), essa perspectiva sociológica caracteriza a “questão social” de forma falaciosa, pois a “nova questão social” inexistente. Ele aponta que as transformações societárias das últimas décadas, embaladas pela dinâmica de reestruturação capitalista, mantêm as manifestações “tradicionais” da “questão social” e instauram expressões sócio-humanas diferenciadas e mais complexas, correspondentes à intensificação da exploração que é a razão de ser do capital.

Diante disso, a “questão social” passa a ser enfrentada por políticas sociais definidas como uma combinação de assistencialismo – necessário, em razão de uma situação econômica – com ajuda psicológica – necessária, em decorrência das desestruturas sofridas pelos indivíduos. Essas últimas restringem a autonomia e o reconhecimento, fragmentando a sociedade em grupos, por particularidades, que lutam por seus interesses próprios, viabilizando uma desmobilização do coletivo e o fortalecimento das ações nefastas do capital, que, não obstante, transforma as especificidades desses grupos em mercadorias, ampliando a força do mercado.

Dessa maneira, percebemos o redimensionamento das lutas sociais, uma supervalorização do individualismo, a mercadorização do indivíduo e, conseqüentemente, o fortalecimento do capitalismo e o desmonte dos direitos sociais, agudizando a “questão social”, fenômeno que pode transformar as políticas sociais de resposta aos conflitos em um instrumento de regressão dos direitos e fortalecimento do capital.

³⁰ Esse tópico será aprofundado na subseção 2.2.

2.2 Políticas sociais: resposta aos conflitos

Como já explicitado, as políticas sociais surgem como resposta aos conflitos da relação capital/trabalho e são mediadas pelo Estado. Esses três atores – Estado, capital e trabalhadores - delineiam os caminhos das políticas sociais e as organizam por meio de “troca de interesses”: o protagonismo da classe trabalhadora, expresso nas lutas sociais; o Estado, na intervenção e na regulação das relações sociais; e as empresas capitalistas, na promoção de serviços assistenciais aliados à garantia de super-lucros.

Nesse contexto, as políticas sociais tiveram a sua implantação de forma gradual e diferenciada entre os países, conforme o grau de desenvolvimento das forças produtivas, do movimento de organização e pressão da classe trabalhadora, e das correlações e composições de forças do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Os países europeus foram os primeiros a implantar um conjunto de medidas compulsórias de seguro social. A Alemanha, no século XIX, com o Chanceler Otto Von Bismarck (em 1883), instituiu o primeiro seguro saúde nacional obrigatório, como indicação do reconhecimento de que a incapacidade das pessoas para trabalhar não mais era considerada fruto da preguiça, da vagabundagem, da fraqueza moral e do espírito de imprevidência, mas devido a contingências sociais, como idade avançada, enfermidade e desemprego, sendo o Estado, então, considerado instância legítima para organizar e gerir a provisão coletiva contra a perda de renda causada por essas contingências (PEREIRA, 1998).

Anos depois, a Inglaterra ganha destaque, com o Plano Beveridge (1942), e a França, com intervenções estatais que foram chamadas Estado-Providência³¹; todos dirigidos à

³¹ *État Providence* – “a expressão foi forjada por pensadores liberais contrários à intervenção do Estado, justamente para criticar a ação estatal, pois consideravam que, ao intervir para minorar as situações de pobreza o Estado se atribuía uma “sorte de providência divina” (Rosavallon, 1986). Alguns autores franceses consideram que o marco de emergência do Estado-providência é o ano de 1898, com a aprovação da primeira lei cobrindo os acidentes do trabalho.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.66).

classe trabalhadora, como resposta às intensivas lutas em busca de melhores condições de vida e de trabalho

Dessa forma, a política social foi se desenvolvendo, com a sua funcionalidade expressa nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho, com características de fragmentar e particularizar os reflexos da “questão social”, uma vez que, se a atingisse como fruto do conflito entre capital e trabalho, estaria colocando em xeque a ordem burguesa. Em outras palavras, ela é vista como resposta às problemáticas particulares – o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc. – que são respondidas, em suas refrações, com ações públicas (NETTO, 2001a).

Tais ações fazem parte das estratégias de um Estado produtor e regulador das relações econômicas e sociais, a fim de promover uma sintonia econômica entre o público e o privado, com base nas idéias de John Maynard Keynes (1883-1946), que defendeu a intervenção estatal na economia, a liberdade individual e a economia de mercado. Suas idéias marcaram o início do século XX, por que se diferenciavam dos ideais propostos pelos princípios do liberalismo “clássico”.

“Segundo Keynes, cabe ao Estado, a partir de sua visão de conjunto, o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão como estímulo à economia. A política keynesiana, portanto, a partir da ação do Estado, de elevar a demanda global, antes de evitar a crise, vai amortecê-la através de alguns mecanismos [...] são eles: a planificação indicativa da economia, na perspectiva de evitar os riscos das amplas flutuações periódicas; a intervenção na relação capital/trabalho através da política salarial e do “controle dos preços”; a distribuição de subsídios; a política fiscal; a oferta de créditos combinada a uma política de juros; e as políticas sociais.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 85).

A partir dessas idéias, o Estado estabelece um pacto de “harmonia social”, no qual os trabalhadores aceitam a lógica do lucro do mercado em troca de uma garantia de padrões

mínimos de vida (ESPING-ANDERSEN, 1991), e o Estado tem a sua intervenção traçada pelo capitalismo monopolista, de maneira que garanta os superlucros dos monopólios, por meio do financiamento público do setor privado, dos contratos públicos, do fornecimento de créditos, de subvenções, garantias de empréstimos, responsabilidade estatal, campos de investimentos etc. Implanta-se uma “socialização de custos”, entre o capital e o Estado, ao mesmo tempo em que há uma monopolização dos lucros pelo capital.

“Vale dizer que o Estado funcional ao capitalismo monopolista é no, nível das suas finalidades econômicas, o “comitê executivo” da burguesia monopolista – opera para propiciar o conjunto de condições necessárias à acumulação e à valorização do capital monopolista.” (NETTO, 2001a, p. 26).

As idéias de Keynes, aliadas ao fordismo - cuja visão de produção em massa significava consumo em massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista (HARVEY, 1993) – e o enfraquecimento da mobilização da classe trabalhadora deram um novo rumo às economias mundiais. A partir de então, o capitalismo viveu seus anos gloriosos, conhecidos como a “Era de Ouro”³².

No Brasil, o passado recente de trabalho escravo e o grande contingente de imigrantes e pessoas marginalizadas, socialmente, dentro das cidades, caracterizavam a fragilidade da classe trabalhadora, no país, a qual só apresenta indícios de organização na virada para o século XX. Essa característica terá repercussão na implantação das Políticas Sociais brasileiras, que seguirão a mesma lentidão.

³² A “Era de Ouro” foi um fenômeno mundial de prosperidade, embora a riqueza geral jamais chegasse à vista da maioria da população do mundo. Ela também é conhecida como os trinta anos gloriosos, que iniciam após a Segunda Guerra Mundial e se estendem até a o início da década de 1970. Nela, é evidente o fortalecimento dos países capitalistas desenvolvidos, que, em todas essas décadas, representaram cerca de três quartos da produção do mundo, e mais de 80 % de suas exportações manufaturadas (HOBSBAWN, 1995).

Cabe ressaltar que, a exemplo do processo de surgimento e implantação das políticas sociais, nos países centrais de economia capitalista, elas, também no Brasil, são fruto do antagonismo da relação capital/trabalho. Assim, surgem e são desenvolvidas como estratégias de enfrentamento da “questão social”, cujo acesso é discriminado a recursos e a serviços sociais. Mas, ao contrário dos países cêntricos, o que vemos aqui é uma junção das características mais gerais aos traços particulares da formação social brasileira. Logo, a regulação das relações sociais, aplicada, pelo Estado, por meio dessas políticas, ganha forma por ações casuísticas, particularistas, inoperantes, fragmentadas, superpostas, sem regras ou reconhecimento de direitos. Em outras palavras, são políticas que, no limite, reproduzem a desigualdade social, na sociedade brasileira.

“As políticas sociais brasileiras [...] embora aparentem a finalidade de contenção da acumulação da miséria e sua minimização da miséria através da ação de um Estado regulador das diferenças sociais, de fato não dão conta deste efeito. Constituídas na teia dos interesses que marcam as relações de classe, as políticas sociais brasileiras têm conformado a prática gestonária do Estado, nas condições de reprodução da força de trabalho, como favorecedoras, ao mesmo tempo, da acumulação da riqueza e da acumulação da miséria social.” (SPOSATI *apud* YASBEK, 1996, p.38).

Nesses passos, o Estado intervém, em 1919, na área do seguro social, com a criação do seguro de acidentes do trabalho; e, em 1923, com o Decreto nº 4682/23, conhecido como Lei Eloy Chaves, que instituiu um seguro obrigatório: as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP)³³ – destinadas aos trabalhadores da área de maior influência, na economia brasileira: a agroexportação (primeiramente, os ferroviários e os marítimos). Enquanto, nos países centrais, já se pensava em estratégias de harmonização dos conflitos capital/trabalho, aqui, a idéia de *Welfare State* ainda era inexistente.

³³ “As CAP, entidades públicas com larga autonomia com relação ao Estado, são instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo finalidade puramente assistencial: benefícios em pecúnia e prestação de serviços. Seus recursos tem origem tripartite: contribuição compulsória de empregados e empregadores (3,0% do salário e 1,0 % da renda bruta da empresa) e da União (1,5% das tarifas dos serviços). O Estado institui, em tese financia em parte e normativa essa modalidade de seguro social, mas não participa diretamente do seu gerenciamento.” (COHN *et al.*, 2006, p. 14).

A Revolução de 1930, que *“foi sem dúvida um momento de inflexão no longo processo de constituição de relações sociais, tipicamente capitalista, no Brasil”* (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p 105), dá início ao processo de modernização, por meio de políticas de industrialização induzidas pelo Estado, o que subsidia significativas mudanças no seu perfil e, conseqüentemente, no da sociedade brasileira.

A chegada, ao poder político, de outras oligarquias agrícolas e de setores industrialistas enfraquece a hegemonia cafeeira, e o Estado, que é fortemente ligado às oligarquias de base agrária, propõe uma coalizão de forças e assume uma organização corporativa, *“canalizando para a sua órbita os interesses divergentes que emergem das contradições entre as diferentes frações dominantes e as reivindicações dos setores populares.”* (IAMAMOTO, 1998, p.151).

O pacto é alterado, e, em 1937, ao instaurar-se a ditadura do Estado Novo, tendo como líder Getúlio Vargas – que, apesar de ter sido muito ovacionado pelos trabalhadores, dava como resposta à sua “rebeldia”, expressa nas suas manifestações, a repressão e o desmantelamento de sua organização política e sindical–, submetido a medidas de “proteção ao trabalho”, cujo objetivo era o controle estatal da classe. Assim, a política social toma formas harmônicas abrindo caminhos com base nas legislação sindical e trabalhista.

“O reconhecimento, ou melhor, a ampliação e generalização do reconhecimento da cidadania do proletariado se dá dentro de uma redefinição das relações do Estado com as diferentes classes sociais e se faz acompanhar de mecanismos destinados a integrar os interesses do proletariado através de canais dependentes e controlados.” (IAMAMOTO, 1998, p.152)

O acesso às políticas sociais é somente destinado aos trabalhadores inseridos, formalmente, no mercado de trabalho³⁴, os quais, por meio de contratos compulsórios com

³⁴ Aqueles com vínculo empregatício anotado em carteira de trabalho, numa espécie de cidadania regulada. ‘Cidadania regulada’ é uma nomenclatura dada ao conjunto de direitos sociais outorgado aos trabalhadores que possuíam registro de sua relação de emprego na carteira de trabalho, os quais, e somente esses, eram considerados cidadãos de direito.

o seguro estatal de caráter contributivo, têm a extensão do direito a aposentadoria, pensão e assistência médica. Os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP)³⁵ são fortes exemplos dessa “cidadania regulada”³⁶ e da fragmentação da classe assalariada urbana, por setor de atividade econômica.

“A lógica da atuação do seguro social está comandada pela lógica da acumulação do capital [...] isto é, investimento lucrativo do excedente da receita do seguro social, atuar muito mais como um mecanismo de poupança dos assalariados destinada a investimentos estatais no setor de infra-estrutura econômica do que como uma política voltada para as necessidades sociais dos trabalhadores.” (COHN *et al.*, 2002, p.229).

Dessa forma, as políticas sociais brasileiras se desenvolvem com uma forte dicotomia. Aos assalariados: “seguridade” garantida, por meio de contribuição compulsória; e, aos carentes e trabalhadores rurais, a assistência pública³⁷ e filantrópica. Esse regime regulatório caracterizou o período entre 1930 e 1943, que é considerado como o dos anos de introdução das políticas sociais, no Brasil, cujo desfecho se dá com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), no último ano.

No pós-Segunda Guerra Mundial, o mundo industrial se expandia, por toda parte, e a economia crescia a uma taxa exponencial. Os países da Europa e o Japão se recuperavam das seqüelas da guerra e mediam o seu sucesso, tomando como base o quanto se haviam aproximado de um objetivo estabelecido em referência ao padrão que possuíam, no passado.

³⁵ Os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) “*institucionalizam o seguro social fragmentando as classes assalariadas urbanas por inserção nos setores da atividade econômica: marítimos, bancários, comerciários, industriários e outros. Agora transformados em autarquias, os institutos passam a ser geridos pelo Estado, continuando a contar com os recursos financeiros de origem tripartite, com a diferença marcante de a contribuição, patronal ser agora calculada, como a dos empregados, sobre o salário pago.*” (COHN *et al.*, 2002, p. 15). Eles substituem as CAP.

³⁶ Vide nota 34.

³⁷ Em 1942, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA) para “*atender às famílias dos pracinhas envolvidos na Segunda Guerra e era coordenada pela primeira-dama, Sr^a Darci Vargas, o que denota aquelas características de tutela, favor e clientelismo na relação entre Estado e sociedade no Brasil, atravessando a constituição da política social. Posteriormente a LBA vai se configurando como instituição articuladora da assistência social no Brasil, com uma forte rede de instituições privadas conveniadas, mas sem perder essa marca assistencialista, fortemente seletiva e de primeiro-damismo, o que só começará a se alterar muito tempo depois com a Constituição de 1988.*” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p 107).

Com essa reabilitação, poderiam pensar em avançar, rumo ao futuro. Os Estados Unidos (EUA) deram continuidade à sua expansão dos anos da guerra, pois não sofreram os seus efeitos devastadores; muito pelo contrário, lucraram com a venda de armamentos e a fabricação de munição, o que ergueu, fortemente, a sua economia. Assim, assumiu o domínio da economia mundial (HOBSBAWN, 1995).

O capitalismo crescia, expressivamente, em contraposição ao socialismo. A iminência de uma Terceira Guerra Mundial dava margem a uma guerra mais ideológica e econômica: a Guerra Fria³⁸.

No âmbito das políticas sociais, os países centrais adotaram o *Welfare State*, que tem o seu apogeu, no período de 1945 e 1975, em meio aos anos dourados do capitalismo. Ele é organizado e administrado por um Estado capitalista regulador da economia e da sociedade, cujo interesse pelo bem-estar social ultrapassa a preocupação com a indigência e com a manutenção da ordem pública. Representa um consenso político entre classes e partidos, visando à constituição de uma economia mista e de um amplo sistema de bem-estar, ancorados na doutrina keynesiana e na beveredgiana³⁹. No *Welfare State*, a proteção social é vista como parte integrante de um conjunto de direitos e deveres, promovendo a articulação do Estado com uma coletividade mais ampla de cidadãos (PEREIRA, 2000).

O *Welfare State* possuía características específicas em determinados países, conforme Tipologia de Esping-Andersen (1991). O **modelo liberal** foi adotado por países

³⁸ “A Guerra Fria entre os EUA e a URSS, que dominou o cenário internacional na segunda metade do breve século XX, [nele] gerações inteiras se criaram à sombra de batalhas nucleares globais que, acreditava-se firmemente, podiam estourar a qualquer momento, e devastar a humanidade [...] A peculiaridade da Guerra Fria era a de que, em termos objetivos, não existia perigo iminente de guerra mundial. Mais que isso: apesar da retórica apocalíptica de ambos os lados, mas sobretudo do lado americano, os governos das duas superpotências aceitaram a distribuição global de forças no fim da Segunda Guerra Mundial, que equivalia a um equilíbrio de poder desigual mas não contestado em sua essência.” (HOBSBAWN, 1995 p. 224).

³⁹ “[...] William Beveridge recomendava a construção de um novo sistema de seguridade social, mais amplo que o alemão de Bismarck, o qual contemplaria, além do seguro social (de natureza contributiva), serviços sociais afins, de natureza distributiva.” (PEREIRA, 2000, p. 124).

como os Estados Unidos, o Canadá e a Austrália, nos quais o mercado funciona como o espaço óbvio da distribuição, onde há a prevalência dos esquemas privados e ocupacionais de seguro social. Nesse modelo, o Estado só intervém quando o mercado impõe “demarcadas penas” a determinados segmentos sociais, ou seja, predomina a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social, cujos benefícios atingem, principalmente, uma clientela de baixa renda, em geral, a classe trabalhadora ou dependentes do Estado.

Países como a Espanha, a Áustria, a Itália e outros da Europa Ocidental adotaram o **modelo conservador**, cuja ação protetora do Estado está vinculada ao desemprego dos grupos protegidos. Esse modelo é hierarquizante e segmentado; nele, o que predomina é a preservação das diferenças de *status*; os direitos, portanto, estavam ligados à classe. Esse corporativismo estava sob um edifício estatal inteiramente pronto para substituir o mercado, como provedor de benefícios sociais; por isso, a previdência privada e os benefícios ocupacionais extras desempenham, realmente, o papel secundário. De outra parte, a ênfase estatal na manutenção das diferenças de *status* significa que seu impacto, em termos de distribuição, é desprezível. Cabe ressaltar que os benefícios variavam, conforme a função do trabalho e a sua posição ocupacional.

Já, nos países nórdicos da Europa, como a Noruega, a Dinamarca e a Finlândia, o modelo adotado foi o **social-democrata**. Neste, o Estado é forte e produz ações de natureza redistributiva. O bem-estar é visto como parte integrante e importante da sociedade contemporânea. Os princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais estenderam-se às novas classes médias. Os social-democratas não toleram o dualismo entre Estado e mercado, entre a classe trabalhadora e a classe média. Eles buscaram um *Welfare*

State que promovesse uma política pública igualitária, que atendesse ao menos o mínimo socialmente necessário à subsistência.

Enquanto os países centrais estabeleciam o seu *Welfare State*, o Brasil vivia um modelo desenvolvimentista. Na década de 1950, associado ao capital externo, com a proposta de desenvolvimento de “50 anos em 5”, é implementado no governo de Juscelino Kubitschek (JK) e expressa um salto rumo ao futuro da economia capitalista brasileira, ao mesmo tempo que acirra a luta de classes.

O desenvolvimentismo, por meio da substituição de importação, proposto por JK, frutificou na herança da grande dívida externa do país e gerou um processo inflacionário altíssimo, pois se baseava na realização de investimentos diretos, quase sempre, precedidos de intensa emissão monetária. Nesse período, houve a construção de Brasília, a entrada da televisão, o avanço das indústrias automobilísticas, a expansão do futebol, e os movimentos populares (como o estudantil⁴⁰ e o das ligas camponesas⁴¹) se fortaleciam; enquanto isso, no mundo, o homem pisava, pela primeira vez, na Lua, a Guerra Fria se acirrava, e adotava-se uma cultura de consumismo.

Na década seguinte, o Estado cria uma política para retomar o desenvolvimento nacionalista, acatando as reivindicações populares. As camadas populares têm a possibilidade de influir nas questões políticas. A burguesia queria investir no processo de industrialização pesada, mas os movimentos populares discordavam desse objetivo e questionaram as atitudes da burguesia, promovendo uma crise em seu seio e enfraquecendo a sua hegemonia. Diante disso, para a burguesia, restavam apenas duas alternativas: buscar a

⁴⁰ O destaque é para os universitários, na luta pela ampliação do ensino superior público.

⁴¹ Nesse período, viviam-se grandes tensões no campo, devido à ausência de uma reforma agrária consistente e à concentração de terras.

sua hegemonia, no voto, através da democracia, o que dependia de um consenso sobre a viabilidade do seu projeto, supostamente superior ao das camadas populares; ou buscar um novo pacto monopolista internacional para industrializar o país, usando o poder de força do Estado, para embargar as camadas populares e criar um Estado que preservasse a exclusão e a heteronomia, garantindo, assim, o processo de acumulação da burguesia. A segunda alternativa foi a escolhida, através do seu apoio ao golpe militar de 1964, que instaurou uma ditadura e implantou um novo momento de modernização conservadora⁴², no país, cujos reflexos impactaram as políticas sociais e aprofundaram os problemas sociais, devido à grande concentração de riquezas (NETTO, 2002).

Mas não podemos esquecer do contexto internacional, que vivia uma contra-revolução preventiva do capital, a qual repercutia, principalmente, nos países considerados Terceiro Mundo. Segundo Netto (2002), essa contra-revolução era tríplice, pois buscava: adequar os padrões de desenvolvimentos nacionais e de grupos de países ao novo quadro do inter-relacionamento econômico capitalista, marcado por uma rotina acelerada e aprofundada de internacionalização do capital; imobilizar e golpear os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir à reinserção subalterna, no sistema capitalista; e, enfim, dinamizar, em toda parte do mundo, as tendências que podiam ser catalisadas contra a revolução e o socialismo.

Com isso, em meados da década de 1960, onde a contra-revolução preventiva triunfou, foi implantado um padrão de desenvolvimento econômico associado subalternamente aos interesses imperialistas, com grande dependência do sistema

⁴² “As linhas-mestras deste “modelo” concretizam a “modernização conservadora” conduzida no interesse do monopólio: benesse ao capital estrangeiro e aos grandes grupos nativos, concentração e centralização em todos os níveis – consagradas inclusive em tentacular repertório operativo e normativo (fora de qualquer controle democrático ou parlamentar) acionado por conselhos e coletivos diretamente atrelados ao grande capital.” (NETTO, 2002, p. 31).

capitalista, além de articular uma estrutura garantidora da exclusão de protagonistas dos projetos populares e democráticos, numa “caça” aos comunistas.

Mas, o golpe de 31 de março de 1964 não representou, apenas, uma articulação do grande capital, em busca de hegemonia. No Brasil, esse objetivo capitalista encontrou terreno fértil na dualização de fatores sócio-eco-políticos emergentes, no contexto nacional, que promoveram a combinação dos propósitos de livrar o país da ameaça comunista, da corrupção e impedir a adoção da ditadura do proletariado, em nome da democracia, ao passo em que se romperia como o estatuto colonial, que mantinha um arcabouço de atividades econômicas básicas internas, cujo eixo gravitacional era o mercado externo. Com isso, o processo de industrialização brasileira, iniciado na década de 1930 e incrementado por JK, tem continuidade, nos governos militares, os quais “*combinaram medidas de fechamento autoritário e adoção de uma política de intensificação industrial, num projeto que combinava elementos de matiz nacionalista com crescente endividamento externo e aumento da dependência tecnológica.*” (ACIOLE, 2006, p. 159).

A partir daí, a “questão social” passa a ser tratada de forma técnica e despolitizada, por profissionais especializados, e os problemas centrais são conservados. Por outro lado, também, percebe-se uma expansão da cobertura das políticas sociais brasileiras, em meio a um cenário contraditório de ampliação de direitos sociais e restrição dos direitos políticos e civis, em uma espécie de modernização do aparato varguista. Por isso, os governos militares vivenciaram crescentes pressões sociais, tanto da classe média urbana, quanto dos trabalhadores industriais.

“Em seu governo nacional-desenvolvimentista, os militares implementaram uma política social que toma a questão previdenciária, visando atender à pressão social, explorando o lado mais prático e imediato: atender a demanda por assistência médica, consumida ao longo do cotidiano, mais concreta que a intangibilidade de uma aposentadoria digna no fim do horizonte de trabalho, numa população cuja expectativa de vida não era das maiores.” (ACIOLE, 2006, p. 160).

A repressão da classe trabalhadora e a força do capitalismo monopolista sobre a economia conduziram a uma trajetória de assistencialismo e clientelismo, atuando sobre as seqüelas da exploração da acumulação capitalista, por meio de benefícios indiretos, organizados pelo Estado, aos trabalhadores com vínculos em carteira de trabalho e aos seus dependentes. A unificação das CAP e IAP, em 1966, originou um órgão que gesta e regula o sistema previdenciário e de saúde dos trabalhadores, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que, em 1967, passa a gerir a proteção contra acidentes de trabalho. Em 1971, o governo militar amplia os direitos previdenciários aos trabalhadores rurais, por meio do FUNRURAL, um fundo extraído da taxaço de produtores agrícolas e que dispensa, ao trabalhador rural, um benefício no valor de meio salário mínimo. Nos anos subseqüentes, a cobertura previdenciária também é ampliada aos empregados domésticos (1972), jogadores de futebol, os autônomos (1973) e os ambulantes (1978). Outra extensão foi a Renda Mensal Vitalícia, criada em 1974, destinada aos idosos pobres que tivessem, ao menos, 12 contribuições previdenciárias, cujo valor mensal recebido era de meio salário-mínimo (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

O governo militar implementou uma reforma administrativa e criou o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), que incorporava ao Ministério da Previdência Social a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (FUNABEM), a Central de Medicamentos (CEME) e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV). A assistência social era prestada pela LBA, e a habitação, provida pelo Banco Nacional de Habitação (BNH), o órgão estruturador das políticas de habitação, cujo objetivo era o de impulsionar a economia, por meio do incremento da construção civil, na edificação de moradias populares.

Enquanto o Brasil vivia uma ditadura, o mundo experimentava uma série de mudanças socioculturais e político-econômicas. A reação burguesa à crise do capital, iniciada no final da década de 1960, expressa a falta de sincronia entre os fatos históricos brasileiros e mundiais. O mundo da tecnologia buscava, cada vez mais, produzir equipamentos que substituíssem a mão de obra humana; portanto, maciços investimentos eram introduzidos, nessa área, e ampliava-se a idéia de que gente era ideal, apenas, no mercado de consumidores de bens e serviços. Os movimentos sociais emergiam, em busca da liberdade, em defesa das diferenças, do meio ambiente e da paz. Na economia, nota-se um avanço dos ideais neoliberais e, concomitantemente, a corrosão do Estado social (HOBSBAWM, 1995).

Todavia, o Brasil, mesmo sem sincronia com os fenômenos históricos internacionais, era palco de suas seqüelas. O Estado brasileiro vivia a expansão do fordismo, com a introdução das indústrias de eletrodomésticos e de automóveis, as quais produziam em massa, eram fortalecidas pelo capital estrangeiro e garantidas por meio da repressão da classe trabalhadora e de sua super-exploração. Esse entrelace vai propiciar ao Brasil um momento de grande crescimento da economia, que chegou a 11% e foi conhecido como “milagre brasileiro”⁴³.

Contudo, a riqueza brasileira se concentra nas mãos das elites, gerando um tipo de economia totalmente desigual, baseada na má distribuição de renda, na qual apenas 10% da população detinha a riqueza. Houve a entrega das riquezas brasileiras aos monopólios estrangeiros e a clivagem das classes, ou seja, diferença de classe acentuada e polarizada,

⁴³ “O período 1968-73 caracterizou-se pelas maiores taxas de crescimento do produto brasileiro na história recente, com relativa estabilidade de preços. A taxa média de crescimento do produto situou-se acima dos 10% a.a, com destaque para o produto industrial, enquanto a taxa de inflação permaneceu entre 15 e 20% a.a no período. Esta performance foi decorrência das reformas institucionais e da recessão do período anterior, que geraram uma capacidade ociosa no setor industrial e as condições necessárias para a retomada da demanda. Além disso, o crescimento da economia mundial também permitiu a superação das taxas históricas de crescimento.” (GREMAUD; VASCONCELLOS; TONETO JR., 1996, p.192).

gerando um processo de pauperização relativa, praticamente, sem precedentes, no mundo contemporâneo, além de um aprofundamento brutal das desigualdades regionais. Devido a isso, a ditadura perde aliados e decai, nas eleições de novembro de 1974, fato diretamente ligado ao intenso movimento de oposição realizado por setores populares organizados, como a União Nacional dos Estudantes (UNE), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), que apoiavam os demais movimentos populares por não concordarem com a situação de vulnerabilidade econômica da população. Nesse contexto, surge o projeto de auto-reforma de Geisel, que perdura até 1979. Nesse ano, emerge o movimento sindical, ao mesmo tempo em que nascem os grandes monopólios brasileiros – Banco Itaú, Grupo Votorantim, Banco BRADESCO – que se uniram à Ditadura e se solidarizavam com os militares. Tudo ocorria muito bem, até que aquele movimento sindical se manifesta, por meio das grandes greves, principalmente, no ABC Paulista e nas áreas agrícolas do país. Essas manifestações incompatibilizam a continuidade do projeto de Geisel, cujo objetivo se transforma em processo de democratização.

Enquanto isso, no contexto internacional, o mercado mundial entra em uma crise provocada pela pressão do cartel de petróleo, que aumentou, significativamente, o preço do barril desse combustível, fortalecendo os ideais neoliberais, os quais apontavam, como solução estratégica, a adoção de um programa em que o Estado não interviesse na regulação do mercado, assegurando o livre movimento do capital, a “única” forma de garantir maior eficiência da economia e evitar as crises e as grandes recessões. Esses ideais avançam e contagiam os governos europeus, que desencadeiam o processo de desmonte do *Welfare State*.

A década de 1980 introduz uma nova fase no Brasil, embora seja considerada como a “década perdida”, “*devido ao aprofundamento das dificuldades de formulação de políticas*

econômicas de impacto nos investimentos e na redistribuição de renda, não só no Brasil, mas no conjunto da América Latina.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.138), ela é, também, palco de “reconstrução da democracia” , no cerne de um Estado dilapidado pela ditadura militar. O autoritarismo desta última viabilizou a climatização da ideologia neoliberal, que tomou conta, mesmo que camufladamente, dos objetivos dos governos democráticos posteriores a ela.

Segundo GREMAUD; VASCONCELLOS; TONETO JR. (1996), a situação do Brasil, nesse período, foi marcada pelas profundas transformações, no cenário internacional, que revelaram a vulnerabilidade da economia brasileira aos condicionantes externos. O choque promovido pela crise do petróleo, pela reversão nas condições de financiamento internacional e a elevação das taxas de juros internacional, em um momento de grande dívida externa, trouxeram para o país uma crise cambial. Esses fatores, somados aos outros condicionantes internos, como a deterioração da situação fiscal do Estado, a aceleração inflacionária e o excesso de demandas internas materializadas no déficit público, ameaçavam uma profunda queda da atividade econômica, o que levou a grande reação política. A forma de o governo conduzir a economia e a aceitação do país a assumir o peso do ajustamento de juros dos fundos internacionais eram cada vez mais criticadas, fortalecendo as idéias de moratória da dívida externa, do ajustamento sem sacrificar o crescimento, entre outras, pautadas na lógica neoliberal.

Diante disso, a ditadura não consegue se manter, e a burguesia, como estratégia para manutenção do seu domínio, faz algumas concessões à classe trabalhadora e apóia o movimento de democratização. Em setembro de 1982, o país “quebra”, trazendo uma grande recessão econômica, que foi alcunhada de “setembro negro”, proporcionando o agravamento dos sistemas econômico e de saúde da população, fortalecendo a dívida social

do Estado. Baseado, ainda, nesse marco, surge a campanha “Diretas Já!”, um movimento da massa popular em busca da democratização do país, que expressa a maior articulação do movimento sindical e das entidades democráticas, com vistas a derrubar a ditadura militar.

Paralelamente, já era possível assistir a emergência de novos atores sociais, organizados em torno de interesses sociais específicos e mobilizados em defesa de projetos coletivos de interesse público, movidos pela crescente insatisfação com a situação socioeconômica do país, contribuindo para a eleição de um parlamento oposicionista. Vale lembrar que os movimentos sociais e sindicais vão encontrar cimento e megafone no espaço das universidades (ACIOLE, 2006).

A ditadura militar não possui mais “pernas” para prosseguir: sua reprodução está inviabilizada, as seqüelas de instabilidades econômicas, de déficit público e de dívida social estão expostas e, claramente, percebidas, já no início da década, pelos movimentos sociais que não tardam a expressar seu descontentamento em relação ao regime e a conclamar por “Diretas Já!”, o que, em síntese, representava o desejo de democratização do país. Dessa forma, os movimentos populares mostravam a sua força, questionando o modelo adotado pelo governo. Os longos períodos de alta inflação e a ameaça latente de desemprego proporcionavam uma efervescência de manifestações em defesa de formas alternativas de combate à inflação e ao desemprego. Esse clima enfraqueceu, ainda mais, o regime militar, que teve seu término, ainda no governo de Geisel, virando essa página da História do Brasil e culminando no início de uma Nova República, com a esperança de fazer os ajustamentos, sem impor sacrifícios à população.

2.3 Políticas sociais na “Nova República”: regressão dos direitos e fortalecimento do capital

Nova fase, novas mudanças, novos desafios e velhos problemas. A Nova República é caracterizada por sua heterogeneidade, na composição ministerial, fruto das alianças partidárias para garantir a vitória de Tancredo Neves, no colégio eleitoral. As eleições foram realizadas pelo e para o Congresso Constituinte, e não pela Assembléia Nacional, como reivindicavam os movimentos dos trabalhadores e populares. O objetivo era a redefinição das regras do jogo e a retomada do Estado democrático de direito. As conclamações do movimento de “Diretas Já!” não foram atendidas; contudo, foi empossado um presidente civil, pela primeira vez, após 20 anos de ditadura militar, o que já retratava uma liberalização do autoritarismo.

Mas, Tancredo Neves, o presidente eleito, na véspera de sua posse, em janeiro de 1985, foi internado de urgência, acometido de uma diverticulite. Após ser submetido a algumas intervenções cirúrgicas, a longos períodos de internação hospitalar, não resistiu ao quadro de septicemia, apresentado no momento de sua transferência para São Paulo, e veio a óbito, em abril do mesmo ano.

Diante disso, José Sarney, vice de Tancredo, assumiu, definitivamente, a presidência da República. Ele tinha nas mãos a maior dívida externa do mundo e uma grande recessão, a mais alta taxa de desemprego e a maior inflação da história do país. Dentre esses, a dívida externa era um dos mais agudos problemas econômicos a ser enfrentado pelo mais recente presidente do Brasil. Vale ressaltar que, no decorrer dos dois anos, antes da posse de Sarney, o Brasil assinou seis cartas de intenções com o FMI e não cumpriu as metas fixadas em qualquer delas.

Em fevereiro de 1986, Sarney anuncia ao Brasil o Plano Cruzado⁴⁴, que promoveu um “choque econômico”, ao substituir o cruzeiro (numa proporção 1000 por 1) – moeda vigente, naquele momento, no país. Os impactos imediatos desse Plano conquistaram o apoio popular do governo. O presidente e seus ministros eram aplaudidos, nas ruas, como verdadeiros heróis. O cruzado tornou-se a nova moeda, no país, e o presidente convocou os cidadãos brasileiros para, junto com ele, combater a inflação, em um processo considerado policialesco, no cumprimento do congelamento de preços, depredando lojas e “prendendo” os que eram flagrados remarcando preços.

Com o congelamento dos preços, a impressão de poder adquirir bens, notadamente, nas classes populares, promoveu uma onda de consumismo, produzindo um excesso de demandas ao mercado. Porém, o Plano Cruzado começava a mostrar suas falhas. Entre elas, a resistência de grande parte do empresariado em aceitar aquele congelamento e a incapacidade do governo em administrar o Plano, evitando fazer os reajustes necessários para não perder a popularidade adquirida.

Como resultado dessas ações o povo realizava verdadeiros malabarismos para lidar com a recessão. Nas prateleiras, as mercadorias começavam a desaparecer e, à população enganada, só restava amargar um Natal hiper-inflacionado e esperar que a Assembléia Nacional Constituinte, que, formalmente, iniciou seus trabalhos, em 1º de fevereiro de 1987, fosse mais justa com os cidadãos brasileiros, na confecção da nova Carta Magna do Brasil.

Nesse contexto, o governo não contava mais com o apoio popular, por meio de movimentos sociais e aliança com o operariado, os quais se revelaram as peças políticas

⁴⁴ “O Plano Cruzado introduziu uma nova moeda, substituindo o cruzeiro pelo cruzado, e definiu regras de conversão de preços e salários de modo a evitar efeitos redistributivos, ou seja, buscou promover um “choque neutro” que mantivesse sob o cruzado o mesmo padrão de distribuição de renda do cruzeiro.” (GREMAUD; VASCONCELLOS; TONETO JR., 1996, p. 219).

necessárias para montar o quadro, que ultrapassou o controle da elite. A presença desses movimentos, acordados nas suas ações, interferiu na agenda política do país, no decorrer dos anos de 1980, e defendeu, veementemente, preciosos eixos para a construção da democracia brasileira. Entre eles, a reafirmação da liberdade; a impugnação da desigualdade; a afirmação dos direitos sociais; a reafirmação de uma vontade nacional e da soberania, com rejeição das ingerências do FMI; os direitos trabalhistas e a reforma agrária.

Em contrapartida, a elite capitalista já sustentava a expectativa de mudanças em outra direção: a construção da nova agenda neoliberal. Por isso, o processo de formação de uma nova Constituição Federal foi duro e serviu para a configuração definida de forças, pois

“[...] o texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, com destaque para a seguridade social, os direitos humanos e políticos, pelo que mereceu a caracterização de “Constituição Cidadã”, de Ulisses Guimarães. Mas manteve fortes traços conservadores, como a ausência de enfrentamento da militarização do poder no Brasil [...] a manutenção de prerrogativas do Executivo, como as medidas provisórias e na ordem econômica.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.140).

Contudo, a Carta Magna de 1988 consagrou profundas mudanças, que se refletiram em um grande avanço social que foram resultado das intensivas lutas conduzidas, por duas décadas, pelos setores democráticos do país. Com uma característica singular, não feriu a ordem burguesa (no interior da qual é impensável eliminar a exploração dos trabalhadores e a reprodução da miséria). Nesse sentido,

“[...] o essencial da Constituição de 1988 apontava para a construção – pela primeira vez assim posta na história brasileira – de uma espécie de Estado de bem-estar social: não é por acaso que no texto constitucional, de forma inédita em nossa lei máxima, consagraram-se explicitamente, como tais e para além de direitos civis e políticos, os direitos sociais (coroamento, como se sabe, da cidadania moderna). Com isto, colocava-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).

Curiosamente, enquanto, no Brasil, se promulgava uma Constituição dita cidadã, com mecanismos políticos democráticos de regulação da dinâmica capitalista, no mundo, tais mecanismos tendiam a ser substituídos pela lógica neoliberal, pela regulamentação, pela flexibilização e pela privatização, elementos relacionados ao processo de globalização comandado pelo grande capital.

No mundo, a difusão da ideologia neoliberal é fortalecida, a partir da crise do capital, no primeiro triênio da década de 1970, e propaga críticas aos pilares do *Welfare State*, apresentando novas estratégias capitalistas de manutenção dos lucros e culpabilizando o Estado intervencionista pela crise econômica já evidenciada, em meados da década de 1960, que foi desencadeada pelo aumento dos preços do barril de petróleo, o qual é considerado uma importante fonte de energia mantenedora do movimento das indústrias.

A proposta da chamada “Nova Direita” (neoliberais e neoconservadores), baseada nas teorias do austríaco Friedrich von Hayek, defendia a desregulação do mercado, o corte e a reorientação dos gastos públicos, a redução do Estado e a privatização das demais funções públicas, incluindo as políticas de proteção social. Suas estratégias alegavam que o poder excessivo dos sindicatos e do movimento operário fundara a crise econômica, pois as suas reivindicações de investimento no social, pelo Estado, corroeram as bases da acumulação capitalista. Para os neoliberalistas, a limitação do mercado, pelo Estado, é uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política. Ademais, defendiam a desigualdade, como um fator positivo para a vitalidade da concorrência e para a liberdade dos cidadãos.

“O remédio, então era claro: manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a

contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos [...] reformas fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes econômicos [assim, reduzir impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas]. Desta forma, uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas [...]. O crescimento retornaria quando a estabilidade monetária e os incentivos essenciais houvessem sido restituídos.” (ANDERSON, 1995, p. 11).

Em outras palavras, essa proposta enunciava o desmonte do *Welfare State*, por meio do abandono do compromisso formal com o pleno emprego, por parte dos governos; da diminuição dos gastos sociais públicos; da transformação dos serviços sociais universais em serviços de atenção seletiva e focalizada; do privilegiamento do seguro social contributivo; da retração relativa da participação do Estado no processo de provisão social e da ênfase na responsabilidade individual, em contraposição à responsabilidade coletiva (PEREIRA, 1998). Dessa forma o *Welfare State* sairia de cena dando lugar a um novo tipo de Estado: o neoliberal.

Assim, a proposta neoliberal é encarada como uma estratégia para o capitalismo monopolista sair da crise instaurada, nos meados da década de 1970, que, indubitavelmente, marca as décadas seguintes. Essa crise se destaca como a primeira recessão do pós-Segunda Guerra e representa o fim do padrão fordista-keynesiano, sustentado no *Welfare State*. Portanto, mesmo que dolorosa, a adoção de uma complexa série de reajustes e reconversões, responderá ao novo quadro de necessidades de flexibilização do capital, as quais proporcionam a eclosão de autênticas transformações societárias (NETTO, 1996).

Tais transformações repercutem, diretamente, na família, no mundo do trabalho e no modo de produção, definem novos papéis sociais e, no âmbito das garantias sociais do capitalismo tardio, geram uma

“miríade de segmentos desprotegidos. Tais segmentos compreendem universos heterogêneos desde aposentados com pensões miseráveis, crianças e adolescentes sem qualquer cobertura social, minorias e/ou migrantes, doentes estigmatizados, até trabalhadores expulsos do mercado de trabalho. O que singulariza tais segmentos não é o fato de encararem uma qualquer “nova pobreza” ou de marcarem a emergência de “subclasses”, nem o de não serem identificados com o antigo *lumpem*, o que peculiariza boa parcela desses segmentos é que situados nas bordas da “sociedade oficial”, eles se vêem e são vistos como uma “não-sociedade” – e assim interatuam com a ordem.” (NETTO, 1996, p. 96).

No mundo do trabalho, a “flexibilização” pretendida pelo grande capital supera o seu sistema rígido de acumulação e traz fortes mudanças para o mundo do trabalho, que passa a conviver com o intenso aumento do desemprego, que parece ser insuperável e é reforçado a cada crise e recessão da economia capitalista. Também, refere-se à verdadeira revolução tecnológica, que opera na substituição da eletromecânica pela eletrocomputrônica e uma crescente informatização do processo de automação, fato que tem implicações, diretamente, nas relações produtivas, isto é,

“[...] a revolução tecnológica tem implicado numa extraordinária economia de trabalho vivo, elevando brutalmente a composição orgânica do capital. Resultado direto: cresce exponencialmente a força de trabalho excedentária em face dos interesses do trabalho.” [Assim a] acumulação flexível reestrutura radicalmente o mercado de trabalho, seja alterando a relação entre incluído/excluído, seja introduzindo nova modalidade de contratação [...] seja criando nova estratificação e novas discriminações entre os que trabalham.” (NETTO, 1996, p. 92).

Dito de outra forma, a introdução de novas tecnologias se associa às novas formas de organização de trabalho, acarretando o desaparecimento de algumas funções e o surgimento de outras, transformando o perfil da força de trabalho e causando desemprego, mediante a exclusão da força de trabalho excedente. A flexibilização das relações de trabalho gera a precarização do emprego, fortalece o processo crescente de descentralização, provocando a terceirização ou externalização de alguns setores das empresas (KAMEYAMA, 2000).

No modo de produção, o padrão fordista de produção fabril e a lógica taylorista de organização do trabalho deixam de ser os únicos modelos dominantes, no processo de trabalho, cedendo lugar a outro conjunto expressivo de processo produtivo, baseado na experiência japonesa, chamado toyotismo⁴⁵ (ANTUNES, 1996).

O neoliberalismo apóia uma sociedade polarizada entre os fortes e os fracos, uma espécie de “darwinismo social”. Os fracos, nesse caso, os trabalhadores, devem ser sacrificados, por meio da redução de salários, do aumento dos preços dos produtos e serviços básicos e pela desorganização sindical, em prol dos fortes, ou seja, os grandes monopólios, os únicos capazes de frear a crise econômica.

Ele se opõe à universalidade, à igualdade e à gratuidade dos serviços, e, para ter acesso aos serviços de programas públicos, o indivíduo tem de comprovar a condição de indigência. Assim, o neoliberalismo retrocede a história, implementando um novo tipo de “cidadania regulada”, agora, condicionada à miséria; ou seja, só têm direito aos programas públicos os “inadaptados” e (ou) os “desajustados”, a ampliar o rol de excluídos sociais.

Nesse tipo de Estado, as políticas sociais têm um caráter emergencial, fragmentado, seletivo e excludente, que se presta a amenizar os pontos graves da crise, conter conflitos e simular uma face humanitária das classes dominantes diante da situação de miséria das classes subalternas. Dessa forma, as políticas sociais, no Estado burguês, deixam longe o critério de uniformização, universalização e unificação proposto pelo *Welfare State*.

⁴⁵ “[...] o chamado toyotismo [...] se origina no pós-guerra japonês, com a necessidade de destruir o sindicalismo de classe lá existente, por meio dos chamados “expurgos vermelhos” do pós-guerra instaurando um sistema produtivo que gradativamente se inseria numa produção em série, em larga escala, próprio do fordismo. Diferentemente, tem-se um sistema que responde imediata e diretamente às demandas que são colocadas e que possui a flexibilidade para alterar o processo produtivo de modo que não se opere com grandes estoques, mas com estoque mínimo; de modo que se tenha um sistema chamado de produção ou de acumulação flexível, que se adequa a essas alterações cotidianas do mercado. Enfim, um processo produtivo flexível que atenda esta ou aquela demanda com mais rapidez, sem aquelas rigidez característica de produção em linha de montagem do tipo fordista. Essa flexibilização do aparato produtivo rompe a relação do fordismo, entre “um homem e uma máquina”. Apenas a título de exemplo, no toyotismo a relação é em média de um homem com cinco máquinas.” (ANTUNES, 1996, p. 79-80).

Nesses moldes, o neoliberalismo, aos poucos, foi conseguindo seguidores. Em 1979, a Inglaterra assiste a uma adequação do discurso neoliberal à realidade política nacional, com Margaret Thatcher, assim como os EUA, em 1980, com Ronald Reagan; a Alemanha, em 1982, com Helmut Kohl; a Dinamarca, em 1983, com o governo de Poul Schlüter, seguidos por quase todos os países do norte da Europa, caracterizando um crescente processo de difusão do ideário neoliberal pelo mundo (ANDERSON, 1995).

Na América Latina, as idéias neoliberais chegaram e foram aplicadas, de forma diferente. A experiência da ditadura de Augusto Pinochet, no Chile, a partir de 1973, marca esse processo, sendo considerada a precursora das práticas neoliberais. Mas somente na década de 1980 é que os países latino-americanos começaram a adotar o receituário neoliberal, condicionados pela estratégia econômica e política de renegociação das respectivas dívidas externas, herança das ditaduras, nesses países (UGÁ, 2004).

Cabe ressaltar que, nesse mesmo período, um grupo de economistas se reuniu, na cidade de Washington, nos EUA, para discutir estratégias para as economias latino-americanas. Esse encontro resultou em um conjunto de propostas políticas e reformas requeridas para a “salvação” da América Latina, cuja prescrição foi realizada pelos organismos internacionais – Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial – como condicionantes da negociação da dívida externa desses países. A esse conjunto foi dado o nome de Consenso de Washington (UGÁ, 2004).

No Brasil, a chamada Nova República expressa uma saída, negociada pelas elites, para frear o intenso movimento das “Diretas Já!”, que culminou na primeira eleição direta para presidente da República, após o período ditatorial iniciado em 1964. O escolhido foi o jovem Fernando Collor de Mello, ex-governador de Alagoas, que ficou conhecido pelo seu governo de “caça aos marajás”.

A sociedade brasileira, após a primeira experiência de “democracia” pós-ditadura e sua posterior frustração, parecia reforçar o apelo a uma figura que expressasse poder. Collor não apresenta um programa de governo, não deseja ser identificado como vinculado a nenhum grande político: é como se tivesse surgido do nada para o povo brasileiro. Seu discurso clamava por um “Brasil Novo”, no qual “poderosos” seriam, implacavelmente, abatidos, em sua ganância, para o bem dos demais carentes. Ele enfrentou outros candidatos e foi para o segundo turno com o candidato Luiz Inácio Lula da Silva. O diferencial entre os dois expressava as tensões entre as classes sociais e segmentos de classe, ao longo dos anos 1980. O primeiro tinha origem social e trajetória política advindas das classes possuidoras, o que favorecia a elite, enquanto o segundo tinha origem operária e uma trajetória política provenientes dos movimentos populares e operários.

A classe dominante não perderia o seu legado. Portanto, apostou em Fernando Collor que venceu Lula e assumiu a presidência da República, em 15 de março de 1990. Após sua posse, impulsiona o seu governo por meio de uma série de reformas, que seriam concluídas no mandato do próximo presidente eleito. Ele confiscou os bens de toda uma nação, “seqüestrando” 2/3 do meio circulante daquele momento. Tal gesto autoritário parou o Brasil. Era comum ver, na mídia, relatos de pessoas que necessitavam de dinheiro para fazer cirurgias marcadas e pagamento de dívidas. Mas o Plano Collor resgatou o cruzeiro, no lugar do cruzado novo, sem cortar nenhum zero; os salários foram, novamente, congelados, passando seu reajuste a ser pré-fixado; milhares de funcionários públicos foram postos em disponibilidade, por serem os “responsáveis” pelo déficit público.

Outras reformas implantadas foram as administrativa e fiscal. A primeira promoveu, por meio de um programa de privatizações, a melhoria dos instrumentos de fiscalização e de arrecadação; maior controle sobre os bancos estaduais; congelamento de preços e

desindexação dos salários, em relação à inflação passada; mudanças no regime cambial para um sistema de taxas flutuantes, definidas livremente pelo mercado. Enquanto a segunda tinha como finalidade promover um ajuste fiscal, mediante a redução do custo de rolagem da dívida pública, a suspensão dos subsídios, incentivos fiscais e isenções (GREMAUD; VASCONCELLOS; TONETO JR., 1996).

Mas, as estratégias usadas em seu governo não traziam as respostas esperadas; portanto, Collor e sua equipe econômica, seguidamente, expunham à nação, através dos meios de comunicação, que o sacrifício do momento era necessário e o mesmo seria curto, apenas o período necessário para que a economia brasileira se restabelecesse e o país pudesse, finalmente, comparecer à “modernidade”. Tratava-se, não obstante, do neoliberalismo. Na tentativa de reverter o quadro de recrudescimento da inflação, lança o Plano Collor II, que congelou preços e salários e pré-fixou os juros.

Outra estratégia do governo Collor foi a mudança na política comercial, dando início ao processo de liberalização das importações; isto é, promoveu a abertura das alfândegas, viabilizando o acesso livre do capital estrangeiro e da formação de seus monopólios, no país, fatores que propiciaram a discussão sobre privatização e a mudança na estratégia de comércio exterior.

Collor optou por governar sozinho e parecia não se importar muito com a implantação de programas que privilegiassem os setores da saúde e da educação, muito menos as carências sociais. Isso resultava numa insatisfação popular, à qual Collor parecia estar alheio; e a cada semana, aparecia com uma nova *performance* com avião militar, motocicleta, *jet ski*. Um verdadeiro circo de variedades, no qual eram exibidos todos os símbolos escolhidos para demonstrar seu suposto compromisso com a “modernidade” e a “eficiência”.

Enquanto isso, a inflação persistia, e o trabalhador continuava a ter a sua situação financeira deteriorada. O governo nada fazia pela nação; até parecia haver perdido o controle da situação.

O discurso da modernidade justificava as grandes privatizações estatais e alegava que a administração errada e ineficiente de certas empresas estatais necessitava de injeção de capital e uma capacidade gestora somente encontrada no setor privado. Dessa forma, exaltava o mercado e satanizava o Estado, alicerçando o neoliberalismo, no país. Com isso, as políticas sociais pouco se desenvolveram, pois a tendência de minimizar o Estado e a própria linha seguida pelo governo Collor não se voltavam para as necessidades sociais dos brasileiros, que, ainda, amargavam as seqüelas do governo militar.

Mas o reinado de Collor não durou muito. Os sucessivos escândalos, envolvendo seus assessores, a primeira dama e o próprio presidente, despertaram a atenção popular para a permanência de Collor no poder. Outras denúncias vieram, e foi decretada, em junho de 1991, a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para averiguar as anormalidades ocorridas durante a gestão do Governo Collor. A população vai às ruas e exige o *impeachment* - instrumento, até então, nunca utilizado, no Brasil. Os “caras pintadas” – jovens que, nascidos durante a ditadura militar, reivindicam não só o exercício de sua cidadania, mas uma nova ética política – gritam, nas ruas, e não permitem o ensaio de manobra do Congresso Nacional de que o *impeachment* de Collor fosse aprovado em votação secreta.

Assim, o *impeachment* levou à renúncia de Collor, no dia 29 de dezembro de 1992, sendo substituído pelo então vice-presidente, Itamar Franco, que deu continuidade aos objetivos do ex-presidente, mas fê-lo de forma “homeopática”.

Em seu mandato, Itamar Franco tentou formar um governo de entendimento nacional. Para isso, nomeou políticos de diversos partidos para compor seu ministério. Contudo, não conseguiu mudar a realidade econômica e social do país. Após algumas mudanças, no quadro governamental, o senador Fernando Henrique Cardoso (FHC) assumiu o Ministério da Fazenda e propôs a implantação de um novo plano econômico, o Plano Real. As bases desse plano eram o controle da inflação, a introdução da nova moeda nacional, o Real, e a paridade entre este e o dólar. Os resultados positivos não demoraram a aparecer, traduzidos pela queda da inflação, tão almejada e não conquistada pelos governos anteriores. FHC, nessa favorável conjuntura, seria o nome indicado para a sucessão presidencial de Itamar Franco. Ele conseguiu vitória sobre o principal candidato, Luiz Inácio Lula da Silva, e assumiu a presidência do país, em 1º de janeiro de 1995. A partir daí, inicia o processo de redirecionamento do papel do Estado, com o avanço das teses neoliberais.

Com a economia estabilizada, as importações e as viagens ao exterior, realizadas pela classe média, aumentaram significativamente. Com isso, o Brasil foi adquirindo sucessivos déficits na balança comercial, isto é, importava mais do que exportava. Nesse contexto, FHC lidera uma série de reformas no Estado, com ênfase especial nas privatizações e na previdência social, não levando em consideração as conquistas da Constituição de 1988, na área da seguridade social e nos demais direitos sociais, instaurando um “projeto de modernidade”, que objetivava “*promover uma integração mais vigorosa ao sistema econômico mundializado – integração conforme as exigências do grande capital e, portanto, sumamente subalterna.*” (NETTO, 1999, p.79).

O grande capital, aqui representado pelo FMI, pelo Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), pelo Banco Mundial e pelos grandes monopólios nacionais e

internacionais, fortalecidos pelo novo sistema monetário, colaborando para o fechamento de muitas empresas nacionais de micro, pequeno e médio porte, por não conseguirem competir com o capital internacional, aumentando, consideravelmente, o número do desemprego no país, num ato de negação total do bem estar social contemplado pela promulgação da Constituição Federal, de 1988.

Vale enfatizar que, no início do mandato de FHC, o Brasil possuía um parque industrial significativo e respeitado, internacionalmente, formado por empresas estatais altamente competitivas em áreas estratégicas de recursos naturais, como a Petrobrás e a Vale do Rio Doce. Quatro anos depois, o país estava submerso em uma crise econômica, em pleno processo recessivo, submetido diretamente ao controle do FMI, tendo privatizado quase todas as empresas estatais, perdido grande parte de suas reservas cambiais, com um nível de desemprego alarmante e crescente, com uma evidente queda na renda salarial média, e com acentuada deterioração dos serviços públicos de saúde, educação, assistência, previdência e moradia (LESBAUPIN, 1999).

O programa de privatização de FHC leiloou, apesar das manifestações da oposição, as principais estatais do país. Entre elas se destacam a Companhia Vale do Rio Doce, a Embratel, a Companhia Siderúrgica Nacional e a Usiminas. Os recursos obtidos com as privatizações serviram para honrar os compromissos com os credores internacionais. Essa política ia ao encontro dos preceitos da cartilha neoliberal: enxugamento da máquina do Estado e abertura dos mercados para investimentos estrangeiros.

Nesse ínterim, FHC promove a reforma do Estado, com o intuito de realizar um “ajuste estrutural” , por meio da “*redução dos fundos públicos para o financiamento de políticas sociais*” (NETTO, 1999, p.80). Assim, estabelece as medidas exigidas para a implantação de uma estratégia de desenvolvimento social e retomada do crescimento

econômico sob as novas condições de abertura da economia e elevada competição. Dentro dessas reformas, FHC parece ter esquecido das suas promessas eleitorais em relação à reforma agrária e, por isso, durante todo o seu mandato, enfrenta diversas manifestações de oposição do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que se destacou na luta fundiária e no incentivo à invasão de terras consideradas improdutivas.

“A “reforma”, tal como foi conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, considerando sua relação com a política econômica e o *boom* da dívida pública. Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social – em nome da qual se faria a “reforma” – acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social [...] Isso significou [...] [que] as formulações de política social foram capturadas por uma lógica de adaptação ao novo contexto [baseado] no trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais – privatização, focalização/seletividade e descentralização.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.155).

Outro objetivo do planejamento de FHC era o de concentrar todo esforço e atenção nos serviços sociais prestados nas áreas da educação, saúde e previdência social e reduzir os gastos com eles, uma vez que os mesmos concentravam cerca de 90% dos gastos públicos. Também, selecionar um conjunto de ações e programas considerados relevantes no enfrentamento de pontos críticos, como a situação dos sem terras; na aceleração do processo de reforma e reestruturação de serviços sociais, como a necessidade de melhoria do ensino fundamental; e na atenção às reivindicações de pequenos grupos que solicitavam intervenção imediata, como a redução da mortalidade infantil, a erradicação do trabalho infantil e a garantia de uma renda mínima para o idoso e o deficiente. E, por fim, criar um conselho constituído pelos Ministros das áreas econômica e social do governo e por pessoas representativas da sociedade civil, cuja função principal consistia em articular formas de parcerias entre o governo e a sociedade civil e suas diversas formas de organização no

enfrentamento da questão social. Esse conselho foi denominado Comunidade Solidária (TIEZZI, 2004).

Com isso, a revalorização de uma modalidade de proteção social emergia, propondo um Estado dominante na provisão coletiva, articulado a três setores não governamentais: o voluntariado, o comercial e o informal. O primeiro é representado pelas organizações voluntárias; o segundo, pelo setor mercantil, e o terceiro, pela família, pela vizinhança e pela comunidade. Entrelaçam-se, assim, o Estado, com o recurso do poder, o mercado, com o recurso do capital, e a sociedade, com o recurso da solidariedade (PEREIRA, 1998).

Em 1997, em uma manobra política suspeita, FHC consegue, junto ao Congresso Nacional, o direito à reeleição. Um ano depois, nas eleições presidenciais, concorrendo novamente com Lula, FHC obtém expressiva vitória, tornando-se o primeiro presidente democraticamente eleito a exercer dois mandatos consecutivos.

Dessa forma, FHC garantiu a condução do seu mandato, inviabilizando a alternativa constitucional da construção de um Estado com responsabilidades sociais, garantidor de direitos sociais universais, mas viabilizando a implantação do projeto político burguês. Demarcou, assim, o giro operado pelo grande capital e seus associados, a partir da promulgação da Constituição de 1988 e do novo contexto mundial posto pela reestruturação do capital. Nesse contexto, a política social não é excluída do projeto liderado por FHC, mas ele a situa em uma lógica totalmente diversa da inscrita na Constituição, colocando-a subordinada à orientação macroeconômica que, por sua vez, é estabelecida segundo os ditames do grande capital (NETTO, 1999).

Enfim, o Brasil adentra o terceiro milênio com uma enorme esperança e sede de mudanças, portanto, da eleição de um candidato com histórico de luta contra o

neoliberalismo e a globalização, em defesa dos direitos sociais. Configurava-se, assim, a iminência de uma “grande virada” para as classes populares.

Luiz Inácio Lula da Silva (metalúrgico do ABC paulista e ex-presidente do Partido dos Trabalhadores – PT) toma posse, em 1º de janeiro de 2003, depois de ganhar as eleições, em 2002, com o total de 61,3% dos votos da população brasileira, que o tornou o presidente mais votado da história do país. Ele chega ao Palácio do Planalto como símbolo do projeto que não representa, em sua origem e em sua totalidade, os interesses hegemônicos das classes dominantes, no Brasil. Tal conquista política representou uma relativa recusa ao projeto do capital na contemporaneidade: o projeto neoliberal (Braz, 2004).

Em seus planos de governo, priorizou o combate à fome – como necessidade focal da população brasileira, remetendo-nos ao passado, quando a “questão social” era vista de forma isolada e enfocada no indivíduo e não em uma coletividade – por meio da Secretaria de Emergência Social, e o combate à inflação e à crise financeira que o país atravessava. A criação de empregos, por meio de recursos públicos disponíveis nos bancos sociais, e as reformas previdenciária, trabalhista, agrária e política fazem parte da pauta de seu governo.

No seu primeiro ano de governo, Lula implanta algumas reformas que promovem uma “grande virada”, mas a favor do capital. O Partido dos Trabalhadores passa a ser visto como partido governamental, dos banqueiros e dos exploradores. A economia do país foi transformada de uma poderosa economia mista nacional-pública em um Estado vassalo, em transição para se tornar uma neocolônia, talvez uma das maiores, do capital internacional. Na relação com o FMI, o Brasil foi convertido em seu maior discípulo e o *slogan* do presidente de combate à pobreza, o Fome Zero, se converte em reforma agrária zero, educação zero, fome maior (PETRAS, 2005).

Ele também implanta projetos sociais, que chamam a sociedade a assumir uma postura de solidariedade coletiva, e amplia o poder do mercado, colocando um cenário de desmonte da nação em que o Estado foi reduzido à vida vegetativa, na qual se limita a pagar salários, alguns gastos de custeio e, sobretudo, juros (BRAZ, 2004). Assim, podemos dizer que esse governo apenas aprofunda os objetivos do último, dando mais amplitude ao projeto neoliberal, no país.

Contudo, Lula é reeleito, no pleito de 2006, o que lhe garante a continuidade do seu legado de fortificação das políticas neoliberais, fortalecendo o mercado e dando continuidade às políticas sociais de caráter fragmentado, imediatista e pobre de atenção às demandas sociais, descaracterizando os direitos sociais tão reivindicados pelos movimentos populares e do operariado, nas décadas anteriores, que, curiosamente, tinha o agora presidente da República como um significativo líder e companheiro nessa luta. Hoje, ele assumiu uma nova postura; parece até que esqueceu de sua época de trabalhador.

Em uma análise geral da trajetória histórica das políticas sociais no Brasil, podemos perceber que todas as transformações nos campos político, social e econômico, pelas quais passamos e estamos passando, advindas do neoliberalismo, provocam mudanças, em todas as esferas da sociedade, e rompem com os princípios de Estado de Bem Estar Social e, ainda, implantam uma individualização de direitos, distorcendo a perspectiva de coletividade expressa nas lutas sociais da década de 1980.

Dentro desse contexto, destacamos as políticas de saúde brasileiras, que não diferentemente das outras políticas públicas do país, se encontra estrangulada, por falta de recursos, e sufocada, com a omissão do Estado. Daí, observa-se, na atualidade – e num crescente preocupante –, o apelo à “solidariedade humana”, para depósitos em dinheiro, ao

trabalho voluntário, nos hospitais, e uma estranha (re)humanização do tratamento domiciliar.

É óbvio que todas essas iniciativas buscam suprir – ou encobrir – o vácuo deixado pelo Estado, desresponsabilizando-o quanto à questão e fazendo um apelo à “sociedade civil” que, tocada pelo sofrimento de seu próximo, se incumbirá de suprir o vazio deixado pelo poder público e ao setor privado, que se aproveitará desse momento para lançar parcerias na criação de associações, projetos de responsabilidade social e organizações não-governamentais e, assim, extrair subsídios do Estado para o seu sustento, formando as instituições mistas de assistência à população.

A criação de normas – emendas constitucionais, leis, decretos e portarias – assegura o perfil legal dessa nova face que o Estado revela, para a saúde brasileira. E quando se trata de procedimentos de alta complexidade, esses efeitos se tornam ainda mais nefastos. A descentralização da saúde – impulsionada pelos documentos legais promulgados pelos últimos presidentes – atinge, medularmente, a atenção oncológica, fazendo dela uma raridade para o acesso da população. Esta última é entregue nas mãos de projetos motivados e realizados por instituições filantrópicas e (ou) setores da sociedade civil, que, mesmo quando formam parceria com o Estado, assumem as ações sociais que por ele deveriam ser implementadas, ao invés de pressioná-lo para a implantação e a promoção de serviços, que atendam de forma integral, equânime e universal, como previsto pela Constituição Federal de 1988.

CAPÍTULO 3



As Políticas de Saúde no Brasil: um olhar para a assistência oncológica

As manifestações bem-sucedidas não são necessariamente as que mobilizam o maior número de pessoas, mas as que atraem o maior interesse entre os que as dominam.

CAPÍTULO 3

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO ONCOLÓGICA⁴⁶

Como apresentado, anteriormente, as políticas sociais tiveram, na sua gênese e na sua evolução, significativa contribuição do movimento operário, que defendia melhores condições de trabalho e satisfação de suas necessidades de subsistência. Nessa trajetória, as políticas sociais ganham diferentes formas conforme a dinâmica sociopolítica e econômica vigente, em cada período. No Brasil, nota-se esse fenômeno ocorrer, mais lentamente, porém não diferente dos demais países, mesmo mantendo suas especificidades.

As políticas sociais brasileiras, quando analisadas historicamente, indicam um avanço em direção ao passado (parafrazeando Laurell). No que diz respeito à área de Saúde, podemos subdividi-la em três longos períodos. O primeiro se refere ao início de sua implantação e se estende até o golpe militar. O segundo percorre o período ditatorial até a promulgação da Constituição Federal, de 1988; e o terceiro período instaura-se, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde, e permanece até os dias atuais.

Neste capítulo, serão analisadas as mutações das políticas sociais de Saúde brasileiras, com base no desenvolvimento de um dos segmentos dessa política: a política de atenção oncológica, a qual perpassa os três períodos supracitados, reproduzindo, claramente, os movimentos sociopolíticos e econômicos condutores da trajetória das políticas sociais brasileiras, em geral, e das políticas de Saúde, em particular.

⁴⁶ A partir da Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, a assistência oncológica é permeada por uma visão mais política e social, que ampliam os seus horizontes e lhe dá uma nova nomenclatura – **atenção oncológica**, no âmbito político.

3.1 Da “era do saneamento” à “cidadania regulada”

O Brasil do início do século XX possuía características sociopolíticas, que o remetiam ao passado próximo de escravidão, com um perfil populacional predominantemente rural, analfabeto, doente e pobre, sob um Estado prisioneiro do modelo político oligárquico e conservador, pouco atento às demandas da população.

Na área da Saúde, a ausência de provisão do Estado dividiu a assistência à população em duas categorias: as entidades filantrópicas, mantidas por contribuições e auxílios governamentais (para os pobres); e a assistência médica familiar (para aqueles com melhores condições financeiras). Os únicos hospitais existentes pertenciam às Santas Casas de Misericórdia⁴⁷, que, até então, contavam, apenas, com o trabalho voluntário, sendo um depósito de doentes, que eram isolados da sociedade com o objetivo de não “contagiá-la”. Esses são fatores expressivos do aprofundamento da “questão social”, no país.

É nesse cenário que as manifestações dos operários em busca de melhores condições de vida revelavam uma “questão social” associada à luta de classe, ao conflito capital X trabalho, acompanhados de violenta repressão e omissão do Estado (cf. Capítulo 2).

Concomitantemente, o Brasil experimentava um grande crescimento urbano e, com ele, o aumento da população, nos centros das cidades, provocando uma urbanização acelerada e desorganizada. Também, é um período de crise socioeconômica e sanitária, pois a *febre amarela*, entre outras epidemias, ameaçava a economia agroexportadora brasileira, prejudicando, principalmente, a exportação de café, devido à recusa dos navios estrangeiros de atracarem nos portos brasileiros, refletindo em uma redução da imigração e da mão-de-

⁴⁷ A primeira Santa Casa de Misericórdia data de 1543 e funciona, até hoje, em Santos (SP). Entre essa data e 1900, foram fundadas outras cento e três; de 1901 até 1940, foram fundadas mais cento e vinte e seis. Elas são herança da colônia portuguesa e realizavam práticas filantrópicas destinadas aos indigentes e ancoradas pela assistência religiosa. Revelaram-se um grande sistema de assistência à pobreza. (ACIOLE, 2006).

obra. No quadro epidemiológico do país, outras doenças também se destacavam, como o câncer – a sexta mais importante causa de morte, na população – a tuberculose, as gastroenterites, as doenças cardiovasculares, as pneumonias e as nefrites.

Para reverter essa situação, o governo criou medidas que garantissem a saúde da população trabalhadora, por meio de campanhas sanitárias de caráter autoritário, promovendo o desenvolvimento de uma política social pública e nacional, resultante de um amplo processo de negociação entre os entes federativos daquele momento. Cabe ressaltar que as políticas sociais vigentes, no país, se baseavam na Constituição Federal, de 1891, que, no âmbito da Saúde pública, delegava aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde, saneamento e educação; daí, as primeiras décadas do século serem conhecidas como a *Era do Saneamento*⁴⁸, e, portanto, o processo de negociação entre os entes federativos apenas deveria cumprir a determinação da lei.

Dessa forma, a questão saúde é tratada em um duplo contraditório, ou seja,

“Cuidando, de um lado, do atendimento das necessidades do nascente aparelho produtivo e, de outro, assegurando a manutenção do estado de carência das forças sociais como condição de conservação do *status quo*. É nesse cenário que se darão as relações entre as etapas de desenvolvimento do capitalismo em solo brasileiro e a emergência das práticas sanitaristas que serão herdeiras, até o futuro atual, desta vinculação.” (MERHY *apud* ACIOLE, 2006, p. 124).

⁴⁸ “Na conjuntura, doenças de massa como a esquistossomose, a malária, as verminoses, a doença de Chagas, a tuberculose e a hanseníase, o tracoma e a desnutrição; enfermidades epidêmicas como a febre amarela, a gripe espanhola são preocupação institucional por requerer ações estatais de controle. A sua eliminação e controle dados pelo necessário devir higienista, a fim de assegurar uma realidade social compatível com a modernização e a nova vida urbana. Compatibilidade que asseguraria para a nova nação o estatuto mínimo com que ingressaria no mundo moderno, o que significava, antes de tudo, um padrão europeu de vida e cultura. Tal preocupação é formulada pelos agentes ativos na consolidação de uma agenda política para a época, no que se poderia denominar de política social rudimentar, uma vez que a própria realidade brasileira era, segundo os discursos da época, caracterizada em termos bastante claros como um grande hospital. Sob tal recorte, a *démarche* iluminista da “*esmola do alfabeto*” e a defesa da educação construiriam ação redentora, mas deveriam dar lugar a medidas de combate às doenças. Devires postos de forma tão incisiva que os anos serão marcados pela forte atuação da Liga do Saneamento, como ficou denominada a implantação da reforma dos serviços públicos federais entre 1918 e 1920.” (ACIOLE, 2006, p. 125).

No que tange à atenção oncológica, no ano de 1904, o periódico Brasil-Médico publicou o trabalho “Frequência do câncer no Brasil”, relacionando o clima com uma maior presença do câncer, no extremo sul do país, e a predominância do câncer uterino, abrangendo o período de 1894 a 1898. Essa publicação ficou conhecida como a primeira manifestação a respeito do assunto, no âmbito científico e acadêmico brasileiro (MIRRA, 2005).

No cenário da Saúde, a Diretoria Geral de Saúde Pública é organizada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, que resolve o problema sanitário, implementando, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde. Oswaldo Cruz adotou o modelo das “campanhas sanitárias” (inspirado no modelo americano, mas importado de Cuba), destinadas ao combate das epidemias urbanas e, mais tarde, das endemias rurais. As campanhas de saúde pública nutriam a visão de que a saúde consistia na ausência de doenças e eram organizadas de tal forma que se assemelhavam às campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os portadores de doenças contagiosas e obrigando, pela força, o emprego de práticas sanitaristas. Essa situação levou à “Revolta da Vacina”, no Rio de Janeiro, palco inicial das intervenções sanitárias, quando a população insurgiu-se contra a obrigatoriedade da vacina antivariólica. Isso fortaleceu o surgimento de um ativo Movimento de Reforma Sanitária, durante a Primeira República, que termina por transformar a saúde em um problema social e político (LIMA, 2005).

Os primeiros avanços da política social de Saúde somente são visíveis, na década de 1920, quando é criado um sistema de saúde pública. A saúde pública, aqui, é compreendida como o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotadas pelo Estado para fazer frente aos problemas que a sociedade lhe apresenta. Em outras palavras, política pública é a

resposta que o Estado oferece, diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade (TEIXEIRA, 1997).

Nessa década, também, são implantadas as primeiras medidas de proteção social, como a Lei Eloy Chaves (na verdade, um decreto), de 1923, que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), um tipo de “caixinha”, na qual o Estado era o regulador da concessão de benefícios e serviços, principalmente, de assistência médica. Em uma análise mais ampla, entendemos as CAP como uma resposta do Estado às manifestações da classe trabalhadora, bem como podemos considerá-las como as protoformas da seguridade social, no Brasil; ou seja, o resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como “questão social”, no país, e a representação do reconhecimento legal da assistência médica como política pública. Contudo, cabe ressaltar que

“As políticas de saúde - cujo início efetivo pode ser apontado em fins da década de 1910 – encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da independência gerada pelas doenças transmissíveis. Foram o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, viáveis apenas com o fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país.” (LIMA, 2005, p. 32).

Vale lembrar que, nos anos 1920, o mundo vivia uma grande crise, acirrada pela Primeira Guerra Mundial, e o Brasil se destacava, como nação promissora do novo mundo. Por isso, passa ser destino dos imigrantes fugitivos dos cenários de guerra⁴⁹, que vinham para o país para trabalhar nas lavouras e nos cais, trazendo consigo algumas epidemias sanitárias. A década de 1920, também, é o palco da Semana de Arte Moderna, da criação do Partido Comunista do Brasil, do movimento tenentista, da exposição comemorativa do

⁴⁹ Os pomeranos, dos quais falaremos no Capítulo 4, faziam parte desse grupo de imigrantes.

centenário da Independência, e do Congresso Nacional dos Práticos que, ao lado dos demais acontecimentos mencionados “*marca a sucessão de fatos que mudaram de forma significativa o panorama político e cultural do país e identifica um dos primeiros grupos sociais a definir uma agenda política e social para a questão da assistência à saúde: os médicos.*” (ACIOLE, 2006, p. 127).

Em relação às estratégias de combate ao câncer, não existia uma política formada; apenas, movimentos em prol de seu combate. O primeiro que teve alcance social ocorreu, no ano de 1921, na cidade de São Paulo. No mesmo ano, foi instalado o Instituto de Radium, o pioneiro no país destinado aos portadores de câncer, na cidade de Belo Horizonte (estado de Minas Gerais). A Reforma Carlos Chagas⁵⁰, iniciada nesse ano, previa a elaboração de estatísticas sobre o câncer, com a recomendação de que os atestados de óbitos contivessem os quesitos sobre a doença.

Em 1924, durante o II Congresso Brasileiro de Higiene, foi apresentada uma análise do aumento dos casos de câncer, comparando-o ao declínio da tuberculose, nos principais centros urbanos do país. O movimento de combate ao câncer consistia em iniciativas do governo e do capital privado para formar organizações de serviço e o envio de médicos oncologistas e sanitaristas aos Estados Unidos e países da Europa, para terem uma visão do trabalho realizado em prol da luta contra o câncer, nesses países. As experiências desses profissionais resultaram na organização de Ligas⁵¹ e na elaboração de cursos de extensão universitária sobre Cancerologia.

⁵⁰ Preconiza a descoberta e o tratamento dos tuberculosos e institui a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.

⁵¹ Ligas contra o Câncer, criadas em 1929, por iniciativa do governo federal.

Na década de 1930, em plena Depressão⁵², Getúlio Vargas assume o governo transitório do país, após um golpe de Estado que lhe dá o perfil de ditador, fazendo do Brasil o palco de grandes transformações políticas e econômicas, em meio a um período marcado pelas pressões dos tenentistas, na tentativa de reassumirem o poder, e pela crise econômica mundial, que trazia desemprego para as cidades, desestruturação do mercado de produção agrícola - sobretudo o café - e a ruína dos fazendeiros.

As medidas adotadas por Vargas foram centralizadoras e impunham severo controle, tanto no plano político – com a nomeação de interventores, em todos os estados – quanto no econômico, com a queima dos estoques de café. Outra medida incisiva foi a condução da política trabalhista, cujo eixo diretor foi reprimir a livre organização da massa trabalhadora urbana e, concomitantemente, mantê-la dependente do Estado.

Essas medidas alteram a relação entre Estado e sociedade e dão início a uma nova fase das políticas sociais brasileiras, orientadas pela intervenção estatal na “questão social”. Tais políticas têm um caráter específico, que abrange, apenas, os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, instituindo a chamada “cidadania regulada”. No âmbito da Saúde, elas inauguram a fase previdencialista, marcando o fim da fase assistencialista, que envolve o período que antecede a 1930 e na qual o Estado não reconhece a “questão social” como objeto de intervenção política.

As alterações ocorridas, no país, nesse período, têm, como indicadores, o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, e outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. A conjuntura de 1930 possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem aos problemas sociais de forma

⁵² A expressão se refere à Crise de 1929, nos Estados Unidos, que representou mais uma das crises do capital, no mundo.

orgânica e sistemática, pois as questões de saúde necessitavam transformar-se em questões políticas. Esse processo, sob o domínio do capital industrial, tem como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da classe trabalhadora, esta última vivendo em precárias condições de higiene.

Nesse contexto, o Estado recebe fortes pressões, por parte de intelectuais e militares, para a criação de novos serviços, na área da saúde pública, culminando, em 1931, na criação do Ministério de Educação e Saúde (MES). Nessa fase, a saúde pública definiu seu papel, e as políticas sociais de Saúde se dividiram, claramente, em dois ramos: a saúde pública, de caráter preventivo e a conduzida pelas campanhas (organizadas pelo MES); e o outro, a assistência médica, de caráter curativo, conduzida pela ação da previdência social (organizada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio - MTIC).

Percebe-se que a proteção à saúde, inaugurada por Vargas, calçava-se em um modelo de seguro no interior do sistema previdenciário – por isso, previdencialista, caracterizado pelo centralismo, o clientelismo, o populismo e o paternalismo, uma fórmula que deixou seus resquícios na nossa estrutura social atual. Assim, o sistema de Saúde ganha outra divisão, dessa vez, não mais baseada na condição econômica, mas na condição de cidadania⁵³; ou seja, ao trabalhador com vínculo empregatício registrado em carteira de trabalho, a assistência médica previdenciária individual; e, aos pobres, desempregados e todos aqueles que não usufruíam dos serviços prestados pela previdência social, restava a saúde pública. Com isso, a Saúde assume um papel excludente em relação às camadas sociais não vinculadas ao mercado formal de trabalho. Essa dualidade marcou o sistema de proteção social de saúde brasileiro, sendo, portanto, esse período considerado o “*marco inicial das políticas sociais e da centralização estatal, que é tributário desse processo de*

⁵³ Cidadania, aqui, lê-se como a cidadania regulada.

expansão da autoridade estatal por meio da adoção de políticas e ações de saúde orientadas por princípios e estratégias comuns, [...]” (LIMA, 2005, p. 37).

Em 1937, o MES foi substituído pelo Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP). Nesse mesmo ano, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), que estendia a um número maior de categorias de assalariados urbanos os benefícios da medicina previdenciária, antecipando-se às reivindicações destes e evitando uma cobertura mais ampla.

Em 1941, o MESP passou por uma reforma administrativa, que contribuiu para a verticalização das ações de saúde, a centralização e a ampliação da ação federal. Dentro dessa perspectiva, foram criados distritos sanitários, nos quais foram instalados postos de saúde, fixos e (ou) itinerantes, objetivando atender as demandas do interior.

Na atenção oncológica, o quadro não foi muito diferente. Apesar de o câncer ter um histórico antigo, ainda existiam áreas obscuras referentes à sua etiologia. No Brasil, as políticas destinadas, diretamente, a prevenção, controle e tratamento dessa patologia se iniciaram, a partir da criação do Centro de Cancerologia, do Serviço de Assistência Hospitalar, do Distrito Federal (CCSAHDF), no Rio de Janeiro, em 1937.

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC) – tendo como diretor o Professor Mário Kroeff – com o objetivo de organizar, orientar e controlar, em todo o país, as ações de combate ao câncer. Assim como o CCSAHDF, representou a resposta às reivindicações da sociedade e a definição governamental de uma política nacional de controle das neoplasias.

Em 1942 e 1946, respectivamente, surgem a Liga Bahiana contra o Câncer e a Associação Paulista de Combate ao Câncer. Nesse último ano, o SNC e o Instituto do

Câncer foram instalados, provisoriamente, no Hospital Gafrée e Guinle e, no ano seguinte, foi criada a Liga Paranaense contra o Câncer. Todas refletem a sua importância nas campanhas de combate ao câncer, com ênfase nas Fundações Martinelli e Laureano, as quais realizavam um excelente trabalho, por meio de exposições, seminários e arrecadação de fundos para as campanhas. Como fruto destas últimas, a Associação Paulista de Combate ao Câncer construiu o seu instituto central, o Hospital Antônio Cândido Camargo, em 1953. Nesse ano, também, foi criado o Ministério da Saúde (desmembrado do Ministério da Educação), que conservou o SNC. Ademais, surgiram propostas, por parte do movimento social, reivindicando reformas de base imediatas (entre elas, uma reforma sanitária). Todavia, vale lembrar que as primeiras publicações oficiais de mortalidade por câncer datam de 1944, contendo dados referentes ao período de 1929 a 1932, das capitais dos estados.

No âmbito das políticas de Saúde, o apogeu do modelo desenvolvimentista “*marca o início de um processo acelerado de aprofundamento das dicotomias entre atenção médica curativa e medidas preventivas de caráter coletivo, acompanhada da dicotomia entre serviços públicos e privados de saúde.*” (COHN *et al.*, 2006, p.16).

No âmbito do Estado, o regime populista tem, na previdência social, um fator fundamental na cooptação de uma parcela dos trabalhadores para o projeto estatal, além de servir ao escoamento da demanda política e social emergente, nas lutas sociais; e, embora esse sistema não tenha sido o ideal, funcionou muito bem, como um avanço, para a parcela dos trabalhadores coberta pelo sistema. Mas, para a atenção oncológica, o padrão se restringiu às políticas públicas centralizadas nos grandes hospitais universitários das principais cidades do país.

Todavia, no período de 1945 a 64, a crise do regime populista e a tentativa de implantação de um projeto de desenvolvimento econômico industrial intervieram no modo de vida da população. A influência americana, na área da Saúde, refletiu-se na estruturação de um modelo semelhante aos padrões americanos, no qual a construção de grandes hospitais e a aquisição de equipamentos concentrou o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos são bem menores. Havia uma tendência à construção de hospitais, cada vez maiores, verdadeiras arquiteturas faraônicas.

Outra característica notada, no âmbito da Saúde, estava expressa nos pronunciamentos oficiais e nas posições políticas, no campo da saúde pública, que associavam saúde e doença aos problemas de desenvolvimento e da pobreza no país. Portanto, o discurso se pautava pela superação da doença e do subdesenvolvimento, pois a doença era vista como um obstáculo ao desenvolvimento e, a saúde, como pré-requisito para os avanços sociais e econômicos, no país em desenvolvimento. Mas havia quem discordasse desse discurso. Os desenvolvimentistas entendiam que apenas o combate às doenças não era suficiente para a superação da pobreza. Assim, surgiram dois pólos, com agendas institucionais e políticas diferenciadas, legando à história das políticas de Saúde brasileiras, durante esse período, parcos avanços em direção a cada pólo.

Vale enfatizar que, nesse período, no Brasil, havia uma vasta população rural e o controle das endemias rurais tornava-se mister. Portanto, foi criado, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), e, nos anos de 1958 a 1964, foram implementadas campanhas nacionais contra a lepra e a malária. Cabe ressaltar que, no âmbito da atenção oncológica, em 1956, foi criada uma unidade da Fundação das Pioneiras Sociais, objetivando o atendimento ambulatorial dos portadores de câncer. Ainda nesse ano,

o Instituto de Câncer ganha novas instalações, na Praça da Cruz Vermelha (RJ), e terá, a partir de 28 de janeiro de 1961, nova nomenclatura, passando a se chamar Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Em 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve como pontos nevrálgicos a rediscussão da redistribuição de responsabilidade entre os entes federativos, a avaliação crítica do perfil sanitário do país e uma proposição de municipalização dos serviços de saúde. Nela, decidiu-se a permanência da separação entre saúde pública e assistência médica; o enfoque das ações da saúde pública nas áreas rurais; definiu-se o foco das ações sobre doenças específicas; e defendeu-se o deslocamento do processo de decisão e de discussão para o Congresso Nacional e a politização da Saúde, nos congressos de higiene e nas Conferências Nacionais. Contudo, esse movimento rumo à descentralização, horizontalidade e a integralidade das ações de saúde não se consubstanciou, pois foi abortado pelo golpe militar, de março de 1964.

3.2 Da repressão à democracia

A conjuntura brasileira, estagnada pela instabilidade política, que impedia a realização de um pacto nacional e apontava a necessidade de se buscar novas tentativas de inserção no desenvolvimento mundial, aliadas ao contexto internacional de Guerra Fria, revelavam que o golpe militar, de 31 de março de 1964, era quase que inevitável⁵⁴.

O regime militar instaurou um modelo burocrático-autoritário que, embora tenha significado uma afirmação de desenvolvimento econômico-social, na realidade, não só não extinguiu nossos grandes problemas estruturais, mas os agravou. Nele, o Estado lançou mão

⁵⁴ Conforme discutido, no Capítulo 2.

do binômio repressão–assistência, dando, como resposta às manifestações populares, a ação da polícia, ao mesmo tempo em que implantava políticas sociais, com o intuito de aumentar o seu poder de regulação sobre a sociedade, diminuindo as tensões sociais, e conseqüentemente, legitimando-se.

Uma das ações desse novo regime foi a unificação das instituições previdenciárias, mediante a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), dando uma nova forma aos serviços previdenciários, priorizando a contratação de serviços privados em prejuízo dos serviços da Previdência. Assim, o papel do Estado fica muito claro, como facilitador do crescimento e da expansão da iniciativa privada, e tem como seu gestor federal o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)⁵⁵.

Outras ações desse regime foram a criação do Sistema Financeiro de Habitação (SFH) e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), como medidas que expressavam as políticas sociais brasileiras.

Na atenção oncológica, em 1967, o SNC institucionaliza a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, que significou uma maior flexibilidade financeira e administrativa no combate à doença. Contudo, tal flexibilidade não incorporava os recursos necessários para o sucesso imediato das campanhas.

Em 1970, o SNC é transformado em Divisão Nacional de Câncer (DNC), sendo responsável pela elaboração do Plano Nacional de Combate ao Câncer (PNCC), incluído no II Plano Nacional de Desenvolvimento (IIPND) , que defendia a organização dos serviços de oncologia por meio da integração das diversas instituições federais, estaduais e

⁵⁵ Essa única agência federal estava “*encarregada do financiamento e gestão da assistência médica, bem como da seleção, contratação e pagamento dos provedores de serviços no nível nacional.*” (ARRETCHE, 2005, p. 287).

municipais. Por ele, a campanha de combate ao câncer foi retomada, mediante a aquisição de alguns equipamentos, cedidos, em comodato, a vários hospitais das redes pública e privada.

Ainda, nessa década, nas políticas de Saúde brasileiras, percebe-se uma divisão de tarefas e clientela. A rede pública de saúde passa a contemplar a assistência médica individual por meio de um

“[...] modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, no privelegiamento da contratação do setor privado, através da assistência médica previdenciária e no descuramento das ações de saúde pública, registrando um padrão de intervenção estatal de caráter privatista e excludente.” (GIOVANELLA; FLEURY, 1996, p.179).

Esse modelo cristaliza a abertura para o setor privado, que floresce e se capitaliza às custas da intervenção estatal, via previdência social, caracterizando a Saúde como “*direito contratual, compulsório e contributivo*” (CONH *et al.*, 2006). Promove, assim, no âmbito da medicina previdenciária, uma maior expansão, em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecados, além do maior orçamento da história, utilizado, sem controle, pelo governo militar, financiando hospitais particulares, obras faraônicas e permitindo fraudes, posto que não havia fiscalização dos serviços médicos executados pela rede privada. Também, é notável o expressivo crescimento das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares; todos subsidiados pelo regime militar. Em contrapartida, os diversos serviços de saúde pública foram obrigados a fechar ou trabalhar com o mínimo de recursos. Por isso, a ampliação do setor conveniado possibilitou o ajuste, com novos parceiros, e o setor privado altercou sobre a ampliação, por esta representar um fortalecimento do setor público.

Esse processo gerou a insatisfação da classe média e dos trabalhadores mais organizados dos programas de seguros públicos, demandando ao mercado a necessidade de implantação de seguros privados de saúde⁵⁶, os quais se expandiram e se fortaleceram, ainda mais, com o estímulo estatal de isenção fiscal do total do seguro em saúde.

Nesse contexto, a DNC foi extinta, sendo criada, em seu lugar, a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), fruto da tentativa de universalização dos procedimentos relativos ao controle do câncer, em níveis local, regional e nacional, com vista à ação integrada no controle do câncer. Esta se referia à emergente proposta do PCC, no âmbito da Previdência Social, após a realização do convênio entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com o intuito de ampliar as políticas de combate ao câncer. Diante do exposto, podemos afirmar que, no período em questão, foram desenvolvidos dois grandes programas de controle do câncer: um, vinculado ao MPAS, responsável pela articulação e racionalização dos diversos níveis de atendimento, no setor; e outro, vinculado ao MS, responsável pelo financiamento de equipamentos para a rede filantrópica e pela capacitação e treinamento de recursos humanos.

De 1974 a 1979 – governo Geisel –, o Brasil viveu grandes dificuldades, nas áreas de investimento e de custeio dos órgãos públicos, devido às seqüelas da grande crise do capitalismo mundial. Os movimentos populares entram em cena, questionando a ditadura e as intervenções governamentais, visando alterar o sistema vigente. Diante disso, foi implantado um Plano de Pronta Ação (PPA), com medidas que aumentaram a contratação

⁵⁶ “Adicionalmente, a legislação sobre seguros protegeu as seguradoras privadas de base médica em detrimento das financeiras até o início da década de 1990, de tal modo que os primeiros se estabeleceram previamente no mercado de seguros privados de saúde. A entrada das financeiras neste mercado foi restringida até 1989, porque a legislação as proibia de referenciar médicos aos seus segurados, ao passo que a medicina de grupo e as cooperativas médicas operavam sem nenhuma regulação específica” (BAHIA apud ARRETCHE, 2005, p.290).

dos serviços privados, para a execução da assistência médica, sob responsabilidade da Previdência Social.

Em seguida, a Lei nº 6.229/1975 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências de cada esfera de governo, destinando ao MS a elaboração de uma política nacional de planos de proteção à saúde e combate às doenças transmissíveis e a orientação de sua execução; a elaboração de normas capazes de assegurar proteção, recuperação e promoção da saúde pública; a elaboração de um programa nacional de alimentação e nutrição; a coordenação da vigilância epidemiológica; a normatização da instalação dos equipamentos de saúde; a avaliação do quadro sanitário do país; a fiscalização das condições de trabalho do profissional da Saúde, entre outros.

Ao MPAS, criado em 1974, cabe a formulação de planos de assistência médica individual; o credenciamento de entidades lucrativas, integrando-as ao sistema de Saúde; o atendimento médico da clientela através dos serviços próprios e contratados, fiscalizando esses últimos; a fixação, juntamente com o MS, das normas e modelos de prestação de serviços; e a distribuição gratuita ou subvencionada de remédios à população.

Ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) cabe a formação e habilitação de profissionais da Saúde, bem como a manutenção dos hospitais universitários (HU), entre outras. Ao Ministério do Trabalho cabe a responsabilidade pelas atividades vinculadas à higiene e segurança no trabalho. E, por fim, ao Ministério do Interior cabem as ações de saneamento ambiental e desenvolvimento de programas de higienização básica, de acordo com as prioridades definidas pelos planos de saúde.

Na esfera estadual, essa lei determina o planejamento das ações de saúde do estado, em articulação com a política nacional, e a criação e operacionalização dos serviços de

saúde, em apoio às atividades municipais. E, para a esfera municipal, determina a manutenção dos serviços de emergência e de vigilância epidemiológica.

Ainda, identificamos, nessa lei, o perfil centralizador das ações de saúde, pela esfera federal, e o apoio do setor público ao fortalecimento do setor privado, bem como a divisão entre medicina curativa (MPAS) e a preventiva (MS).

Em relação ao câncer, nesse período histórico, seus dados, no país, tiveram grande avanço e utilizaram, como base para total de mortes pela doença, a fonte de registros de mortalidade, abrangendo estudos globais e de localizações tumorais, para as várias regiões do Brasil. A razão é uma maior disponibilidade do instrumento de informação – atestados de óbito: em 1975, foi adotado um formulário-padrão (declaração de óbito), que só foi implantado, no ano de 1976, através de convênio firmado entre o MS, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Universidade de São Paulo (USP), os quais criaram o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, em português (atualmente, denominado Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Família de Classificações Internacionais), sob a direção de Ruy Laurenti, sediado no Departamento de Epidemiologia, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. Esse Centro vem atuando, ativamente, na promoção e na implantação de normas, visando a melhoria da qualidade dos dados existentes, nas declarações de óbito, em todo Brasil e países de língua portuguesa.

O cenário político dos anos de 1977/78 foi crucial, na seqüência de modificações no regime militar. A ocorrência de várias dissensões gera diversas ramificações, na sociedade civil, que se agruparam como oposição parlamentar para alterar o regime imposto, cujo destaque é para o Movimento pela Anistia. Isso se reflete na construção de novas relações entre Estado e sociedade, devido à emergência de novos atores sociais que, engajados no

processo de democratização, passaram a pressionar o Estado pela abertura política e pela redemocratização do país.

Nesse período, foi criado, pela Lei nº 6.439/1977, o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), fortalecendo o modelo médico-assistencial privatista, que recebe críticas de diversos setores acadêmicos, da sociedade civil e de setores do Estado, que se organizam na defesa de um sistema de saúde público e descentralizado.

No contexto mundial, 137 países e 67 organismos internacionais assinaram a Declaração de Alma-Ata – documento final da Conferência Internacional sobre Atenção Básica à Saúde, realizado na cidade de Alma-Ata (Cazaquistão), estabelecendo o compromisso de *saúde para todos, no ano 2000*. Nela, um novo conceito de saúde era propagado, baseado no estado completo de bem-estar físico, mental e social, sendo considerado um direito humano fundamental. Estabelecia, ainda, que a desigualdade, na Saúde, doravante, seria inaceitável. Talvez por ironia, no mesmo ano da assinatura da referida declaração – 1978, no Brasil, instituía-se o INAMPS como setor responsável pela abertura de espaço à iniciativa privada, fomentando, ainda mais, a desigualdade, na assistência à saúde da população.

Em 1979, dá-se o agravamento da crise econômica nacional, bem como a consolidação e a ofensiva do movimento sindical. A “questão social” acirrou-se, e a política de Saúde passa por uma profunda crise, predominando as ações curativas e o padrão de privatização da medicina. No âmbito político, os exilados – voluntários e compulsórios – retornaram ao país; o regime militar revela seu esgotamento, e os movimentos populares ganham força e impulso rumo à democratização do país.

Até então, as poucas mudanças, na atenção oncológica, não alteravam o seu perfil. Somente a partir da década de 1980, pode-se pensar na reorganização de todos os setores de

oncologia, no país, devido à redefinição da relação da rede hospitalar, distribuída entre o MS e o MPAS, através da criação da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), que possuía um regime de co-gestão de participação igualitária do INAMPS e do MS. A partir desse momento, também, surgem os primeiros registros hospitalares de câncer⁵⁷, que colaboram para a quantificação dos números relacionados a essa doença.

Essa década é marcada pelo fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária, que influencia o modelo de assistência proposto, nos anos 1980. Sua condução se volta para o redirecionamento da ação estatal para uma perspectiva universalista, com apelo à democratização do sistema, com a participação popular, a defesa do caráter público do sistema de Saúde e a descentralização. Paralelamente a isso, observa-se uma crise previdenciária. Para amenizá-la, foi criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)⁵⁸, composto por grandes nomes da medicina, representação de vários ministérios, de trabalhadores do setor patronal e dos prestadores de serviços privados, com o objetivo de reorganizar a assistência médica, no país, reduzindo custos e controlando gastos. Ele propõe medidas racionalizadoras, sobretudo, na área hospitalar. Também, propõe um plano de reorientação da assistência à saúde, no âmbito da Previdência Social.

⁵⁷ Os registros hospitalares de câncer, propriamente ditos, surgiram, a partir de 1980, sendo o primeiro deles organizado pelo Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Botucatu (1980-1989) que, acrescidos dos estruturados pelo Centro Infantil de Investigação Hematológica Dr. Domingos A. Boldrini, de Campinas (1991-1993), o Conjunto Hospitalar, de Sorocaba (1991-1993), o Hospital “Amaral Carvalho, de Jaú (1990), o Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Marília (1991), o Hospital São Judas Tadeu, de Barretos (1990-1993), o Hospital do Servidor Público Estadual, de São Paulo (1991), o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, de São Paulo (1991-1993), o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, de São Paulo (1991-1993), a Santa Casa de Misericórdia (e) Hospital Dr. Aristóteles de Oliveira Martins, de Presidente Prudente (1991), e a Sociedade Portuguesa de Beneficência (e) Hospital Imaculada Conceição, de Ribeirão Preto (1991-1993), cujos dados vieram a constar da primeira publicação “Registro Hospitalar de Câncer”, pela Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), em 1996 (MIRRA, 2005).

⁵⁸ “Criado em 2 de setembro de 1981, pelo decreto n.º 86.329 do presidente da República, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conasp deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica. Deveria sugerir critérios para alocação dos recursos previdenciários do setor de saúde, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, bem como analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social.” (ESCOREL et al., 2005, p. 73).

Segundo Rodrigues Neto (*apud* ESCOREL *et al.*, 2005), esse Conselho se constituía de quatro tendências: uma ‘conservadora-privatista’ – que defendia a manutenção do modelo assistencial, com ampliação de seus recursos operacionais e a melhoria da fiscalização dos gastos do INAMPS; a segunda – ‘modernizante-privatista’ – advogava a idéia de que o sistema nacional de Saúde fosse reorganizado com base na medicina de grupo; a terceira tendência de ‘perspectiva estatizante’ – propugnava que caberia ao Estado a execução dos serviços e ações de saúde; e a última tendência, majoritária, defensora do pensamento liberal, que pretendia reforçar o setor público, exercer maior controle sobre o setor privado, tornar a máquina mais eficiente, tecnicamente, não intervir nas ações e nos serviços propriamente privados e combater todo o mercantilismo.

O CONASP, por intermédio de seu Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), tinha o objetivo de alcançar mudanças no modelo de assistência.

“As diretrizes do Conasp já indicavam a importância da referência e contra-referência, da descentralização e da regionalização das ações de saúde, mas aqui, tendo em vista não só os interesses pela atenção primária em saúde coletiva, como também a racionalização e a contenção de gastos dos serviços de saúde a partir da crise da Previdência.” (VASCONCELOS, 2002, p.77).

Em meados da década de 1980, o primeiro governo de transição democrática pós-ditadura militar tem, em sua composição, membros integrantes do “movimento sanitário”, os quais defendem o processo de integração e descentralização das ações em saúde⁵⁹ como base para a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse momento, o PAIS deixa de ser um programa e passa ser uma norma nacional, assumindo a denominação de Ações Integradas de Saúde (AIS), e se concretiza pelo convênio interministerial (MPAS-MS-

⁵⁹ “Exemplo disso são as Ações Integradas de Saúde (AIS), que têm os seus primeiros convênios assinados com os estados em 1983, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que têm seus primeiros convênios firmados em 1987, e o texto constitucional, promulgado em outubro de 1988.” (COHN *et al.*, 2006, p.23).

MEC), objetivando a descentralização da Saúde, assinado por todos os estados brasileiros. As AIS representaram os avanços consistentes no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços (ESCOREL *et al.*, 2005).

Em 1986, a oitava CNS, presidida por Sérgio Arouca (então, presidente da Fundação Oswaldo Cruz), marca um significativo momento, no processo de construção de uma plataforma rumo à democratização da Saúde no país. Ela acontece em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março, e, nela, lançam-se os princípios da reforma sanitária e debate-se a Saúde como direito de cidadania; a reformulação do sistema nacional de Saúde e as bases de financiamento da Saúde. Essa Conferência se distingue das demais por contar com a participação de mais de quatro mil pessoas, dentre elas representantes da sociedade civil organizada. As resoluções oriundas desse evento se tornaram referência para a Constituição Federal, de 1988.

Como uma das resoluções práticas da 8ª CNS, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que apregoa a universalização, igualdade e equidade para a Saúde. Trata-se da transferência de recursos do INAMPS para os serviços dos estados, mediante convênios. Não para a prestação de serviços, mas, em função de uma programação integrada. Dessa forma, articula uma integração dos serviços, com a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. A idéia é que os estados coordenem o processo de municipalização e que o MPAS e o MS sejam uma secretaria nacional de assistência à saúde, dentro de um Ministério de Seguridade Social. Dessa forma, o SUDS é considerado a protoforma do SUS, pois ambos possuem o mesmo princípio fundante:

“[...] ao analisar a implantação do SUDS, considera que a previdência social, através do INAMPS, fez uma das reformas administrativas mais corajosas no serviço público brasileiro, com a descentralização financeira e do poder de uma instituição centralizada que controlava tantos recursos.” (BRAVO, 1996, p.79).

Com isso, em 1987, tem-se um quadro de 26,5% das despesas da Previdência Social com assistência médica centrados nos órgãos governamentais e, 40%, no convênio com os setores privados e demais conveniados, fato que marca um avanço, para a universalização da Saúde, uma vez que esses índices, no início dessa década, eram de 5,1% e 64,3%, respectivamente (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). Isto pressupunha uma expansão quantitativa da produção de serviços públicos de saúde, no país.

Não obstante, faz-se necessário esclarecer que a descentralização e os convênios facilitam o avanço do setor privado da Saúde, que, a partir de então,

“[...] torna-se relativamente independente do mercado instituído pelo Estado, na medida em que uma vez consolidado e capitalizado passa a se organizar na busca de novos mercados independentemente da intermediação estatal, como isso continua sendo incentivado pela existência de um dispositivo constitucional segundo o qual gastos com serviços privados de saúde – tanto serviços consumidos quanto pagamento de seguros privados de saúde – e educação são deduzidos da renda percebida no ano fiscal para fins de cálculo do imposto devido.” (COHN *et al.*, 2002, p. 233).

Na atenção oncológica, as ações de controle do câncer, em nível individual (diagnóstico e tratamento), dissociadas daquelas de cunho coletivo (prevenção e diagnóstico precoce), não alteraram o perfil da mortalidade por câncer, no Brasil. A partir dessa constatação, a CNCC, em 1986, cria o Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer (SIRCC), como estratégia para viabilizar as ações de controle do câncer, no Rio de Janeiro. Em 1987, é instituído o Programa de Oncologia (Pró-Onco), por meio de convênio assinado entre a CNCC e o INAMPS, com o objetivo de implantar as ações previstas no SIRCC, em nível nacional.

O Pró-Onco tem como objetivo principal a redução da morbidade, por câncer, no Brasil, e, dentre os seus objetivos específicos, consta o de suporte às unidades da federação para a implantação e (ou) implementação de ações de prevenção e controle do câncer. Sua proposta é estimular as atividades relativas ao controle dessa doença, no país. E tem como fundamentação as diretrizes norteadoras da Reforma Sanitária⁶⁰, aprovada após a 8ª CNS e a instituição do SUS, pelo artigo 198, da Constituição Federal, de 1988, o qual afirma a “Saúde como direito de todos e dever do Estado”.

3.3 O “câncer” que atinge a saúde brasileira

Com a promulgação da Constituição Federal, de 1988, novas expectativas são criadas para as políticas sociais brasileiras, principalmente, aquelas relacionadas à saúde. O texto constitucional incorpora as propostas do movimento sanitário e institui a Seguridade Social⁶¹, baseada no tripé Assistência Social, Previdência Social e Saúde. A primeira é disposta a quem dela necessita; a segunda, somente a quem para ela contribui; e a terceira é um direito de todos.

O novo sistema de Seguridade Social incorporado pela Constituição, ao passo em que universaliza os direitos sociais e propõe a equidade, a uniformidade, a equivalência, a irredutibilidade dos valores dos benefícios, a gestão democrática, descentralizada e

⁶⁰ “A Reforma Sanitária Brasileira, apesar de seus avanços e retrocessos, configura uma ruptura com o padrão de intervenção estatal no campo social, moldado na década de 30 e intocado em seus traços essenciais. Ela coloca na cena política a noção de direito social universal, entendido como atributo de cidadania sem concessão, rompendo com o modelo corporativista, do benefício como privilégio. Esse processo de “universalização”, no entanto, tem sido “excludente”, em decorrência dos mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, fila,) que expulsa [sic] do sistema diversos segmentos sociais, entre eles, as camadas médias urbanas” (FAVARET FILHO; OLIVEIRA apud BRAVO, 1996, p.262).

⁶¹ “O conceito de seguridade social abraçado pela Constituição federal de 1988 é restrito e acanhado, se comparado com o esquema concebido por Beveridge, em 1942. Assim, enquanto o esquema beveridgiano inclui, ao lado de um programa unificado e amplo de seguro social, a saúde, a assistência, a reabilitação, a pensão às crianças, o treinamento profissional e a sustentação ao emprego o esquema brasileiro restringe-se à Previdência, à Saúde e à Assistência.” (PEREIRA, 1998, p.66).

participativa, como princípios e objetivos, garantindo o seu caráter público e de responsabilidade do Estado, segmenta os distintos setores da sociedade no acesso a benefícios e serviços, devido à manutenção da lógica anterior de financiamento. Assim, preserva alguns dispositivos legais que orientam os setores de maior poder aquisitivo para a busca de serviços e seguros privados, onerando o orçamento fiscal (COHN *et al.*, 2002).

Embora a promulgação da Carta Constitucional expresse a conquista e, portanto, o esgotamento, do movimento sanitário das últimas décadas, ela não garante o fim da crise, na Saúde. Pelo contrário, a recessão econômica que assolava o país, nesse momento, diminui a massa salarial interferindo nos recursos da Seguridade Social, provocando uma situação inversamente proporcional, isto é, enquanto os recursos da seguridade diminuía, as demandas por benefícios e assistência médica aumentavam, agravando a crise na Saúde.

Nesse contexto, temos, de um lado, o mercado privado de saúde, bem como os outros que se consolidaram, se estruturaram e se capitalizaram, antes da Constituição, pressionando o Estado por melhores condições de remuneração dos serviços prestados. E, do outro lado, o Estado, impossibilitado de recuperar os serviços públicos destinados à saúde, devido à diminuição dos recursos do orçamento (COHN *et al.*, 2002). Daí, as ações do mercado começam a interferir nas ações do Estado, em busca de seu fortalecimento e da manutenção do espaço por ele conquistado

Isso se traduz em um conjunto de políticas de baixa eficiência, no que diz respeito a seu objetivo original: o atendimento dos setores assalariados e daqueles de mais baixa renda – que, com o caráter de universalidade da Saúde, garantido pela Lei maior do país, definitivamente, representa um ganho para os diferentes segmentos da classe trabalhadora, sobretudo, para os não vinculados à “cidadania regulada” da Previdência Social. Esse fato dará uma nova imagem ao Estado, totalmente divergente da dos anos 1970 e 80, revelando

uma face do Estado associada ao fracasso no cumprimento de suas atribuições, e dando ao setor privado a supremacia de melhor prestador de serviços, pois os usuários do SUS contam com acesso universal aos serviços de saúde, mas não com a qualidade dos serviços prestados, decorrente da preparação do campo apropriado para o desenvolvimento do ideário neoliberal, no país.

Entretanto, esse primeiro impacto não desvaloriza a conquista constitucional, mas expressa que a sua efetivação não será fácil ou mesmo poderá não ocorrer. Isso significa que os principais pontos aprovados, na Constituição, em relação à Saúde – o direito universal, como dever do Estado; as ações e serviços, como relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; a participação do setor privado, de forma complementar; a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando todos os serviços públicos, em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade – unidos à lógica neoliberal de supremacia do mercado, nos dá a nítida certeza de que, em um futuro breve, tais pontos serão refreados ou mesmo não serão aplicados, devido ao processo de regressão dos direitos sociais.

Por isso, esse novo perfil, que é dado à saúde brasileira, aparece como estruturador de uma nova fase para as políticas de Saúde, deixando para trás os legados da saúde ligados à “cidadania regulada”, à atuação do seguro social comandada pela lógica de acumulação de capital, ao desenvolvimentismo sem democracia e à desumanização da assistência à saúde. Contudo, ele vem acompanhado por uma série de reformas, revelando que essa nova fase passa a se guiar pelo retrocesso ao passado, ao invés de olhar para o futuro.

Isso porque, nos anos 1990, há o redirecionamento do papel do Estado, com o avanço das teses neoliberais, no Brasil, o que fortalece o ataque, por parte do grande capital,

aliado aos grupos dirigentes, às conquistas constitucionais de 1988. A afirmação da hegemonia neoliberal tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle social sobre o Estado, e, por isso, provoca formas diferenciadas de gestão das políticas sociais, norteadas pelos projetos societários em confronto: liberal corporativo X democracia das massas.

As bases da Seguridade Social, estabelecidas pela Constituição, contribuíram para as reformas do Estado tão pretendidas pelos neoliberais. A sua divisão em um tripé de seguro social facilitou a fragmentação institucional e administrativa de cada parte, ao passo que o seu desmonte será apenas a consequência imediata.

A posse de Fernando Collor de Melo, em princípio, não nega as façanhas do capitalismo contra os direitos sociais, pois desmembra o Ministério da Seguridade Social em três ministérios: o da Previdência Social, o da Ação Social e o da Saúde. O primeiro segue a tendência de reservar as contribuições salariais, exclusivamente, para os segurados, com exclusão dos usuários da Saúde e da Assistência, destacando o caráter contratual do sistema. Ao segundo cabe a implantação de uma política fragmentada e de reajuste, com programas dirigidos aos pobres, com ênfase na parceria com organizações voluntárias, como forma de transferir responsabilidades do Estado para a sociedade. Já ao último, resta a incumbência de gerir e manter a discriminação positiva, que é a descaracterização da universalidade dada à Saúde, por meio da exclusão dos segmentos sociais mais abastados, os quais preferem fazer uso dos serviços privados, de melhor qualidade, criando uma dualização perversa, no interior da política de Saúde, fazendo o que deveria ser universal e igualitário se transformar em vulnerável e estigmatizado (PEREIRA, 1998). Dessa forma, o Estado favorece a expansão do setor privado, subsidiando as suas ações e transformando o seu papel, de complementar em essencial.

É nesse contexto que se implementa, no país, uma série de mudanças socioeconômicas e o sistema de Saúde começa a ser regularizado pelas Leis nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) – e nº 8.142/1990, que regulamenta o SUS. A sua operacionalização passa a ser regulada pela Norma de Orientação Básica (NOB), que se materializa em instrumento normativo, regulamentador dos aspectos operacionais do SUS, o que é estabelecido para MS, como tarefa constitucional (ACIOLE, 2006).

Em outras palavras, as NOB são fruto de um processo político de pactuação entre gestores, com base na LOS, criando condições privilegiadas de negociação política do processo de descentralização do SUS. Até o ano de 1996, foram editadas quatro NOB. A primeira, em janeiro de 1991 (NOB-SUS nº 01/91); a segunda, em fevereiro de 1992 (NOB-SUS nº 01/92); a terceira, em maio de 1993 (NOB-SUS nº 01/93); e a quarta, em novembro de 1996, mas somente começou a vigorar a partir de 1998 (NOB-SUS nº 01/96).

Analisando essas normas operacionais, identificamos um apoio ao setor privado, na Saúde. O texto da NOB-SUS nº 01/91 colocou, sem distinção, tanto os serviços estatais quanto os empresariais na condição de prestadores de serviços de saúde, além de estabelecer a “ditadura da tabela” de procedimentos, reproduzindo a prática centralizadora do INAMPS (ACIOLE, 2006).

Para VASCONCELOS (2002), essa Norma de Orientação Básica nº 01, de 1991, define critérios de repasse de recursos do MS para os estados e municípios, para unidades públicas e privadas, criando um padrão único de pagamento dos serviços públicos e privados, retrocedendo ao repasse centralizado da União para estados e municípios, desarticulando a função técnica e política dos estados, na gestão descentralizadora.

Nela, temos a extinção do Índice de Valorização Hospitalar (IVH); a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDESP); a normatização do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), com a tabela única de remuneração dos procedimentos em saúde; a normatização do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), também, com tabela única de remuneração para todos os serviços ambulatoriais; a normatização da tabela única para o Sistema de Informação de órteses, próteses e materiais excepcionais; a definição da quantidade de AIH (Autorização para Internação Hospitalar), a ser distribuída, mensalmente, para cada estado; e a definição de critérios para fins de aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), nas transferências de recursos do SUS aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

As NOB, também, podem ser consideradas instrumentos pelos quais o governo Collor obstruiu o sistema de descentralização, ao passo que estabelecia a relação produção–financiamento e restringia o repasse de verbas aos municípios, que ocorreria apenas mediante convênios, e não de forma direta, como previsto no SUS. Dessa forma, Collor reduziu a autonomia dos municípios, forçando-os ao acordo com as propostas do governo federal. Ainda não satisfeito, outra NOB foi editada, em 1992. Nesta, acrescenta os critérios populacionais para o repasse automático aos municípios. Em outras palavras,

“Uma vez que os recursos do Ministério da Saúde iriam diretamente aos provedores – públicos ou privados – e os provedores públicos seriam pagos do mesmo modo que os privados, os municípios não teriam autoridade sobre estes recursos, sendo então constrangidos a aceitar as exigências do governo federal para receber transferências federais.” (ARRETCHE, 2005, p.296).

A NOB-SUS nº 01/93 foi editada seis meses após o *impeachment* de Collor, sob a coordenação do então ministro da Saúde, Jamil Haddad, que possuía vínculos com o movimento sanitário da década anterior. Assim, os reformadores progressistas retomam

processo decisório, no MS. Isso proporciona a formação do Grupo Especial de Descentralização (GED) por representante do MS e autoridades da Saúde dos estados e municípios, que se reuniram com intuito de criar uma nova NOB, a qual incentiva a suposta autonomia dos municípios, define bases para o processo de descentralização e estabelece mecanismos de financiamento, controle e avaliação, a partir da capacidade de cada município, caracterizando três estágios de gestão: incipiente, parcial e semiplena (VASCONCELOS, 2002).

Esses estágios estão relacionados ao nível de complexidade que estados e municípios pudessem gerir. A transferência seria automática e completa para o nível mais complexo – o da condição semiplena –, no qual município ou estado assumiria a responsabilidade sobre a totalidade do sistema local de Saúde, incluindo a contratação e o pagamento da rede hospitalar privada. Nos outros níveis – condições ‘parcial’ e ‘incipiente’ –, o governo local assumiria a responsabilidade sobre os serviços menos complexos. Nesses casos, as transferências federais continuavam sendo feitas com base nos volumes de produção (ARRETCHE, 2005). Cabe ressaltar que a atenção oncológica, que é de alta complexidade, nesse período, não é descentralizada do governo federal.

Contudo, a dinâmica da descentralização é refreada pelo não-repasse da verba das contribuições sociais ao MS, pelo então ministro da Previdência Social, Antônio Britto, alegando déficit, no seu ministério, para os pagamentos previdenciários. Diante disso, para uma incerteza, sobre os governos locais, da possibilidade da transferência de recursos pelo MS e, por isso, até o ano de 1997, apenas 144 dos 3.127 municípios brasileiros aderiram à descentralização.

Na NOB-SUS nº 01/93, tem-se um profundo diagnóstico da situação do sistema de Saúde brasileiro. Nela, houve a preocupação de elaborar uma comparação da situação em

que se encontrava a Saúde, nos níveis municipal, federal e estadual, e, ainda, apresentar novas estratégias para amenizar a situação relatada. Ela foi baseada nas propostas de descentralização das ações e serviços, sendo esta compreendida como um processo de transformação que envolve redistribuição de poder e recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, organização institucional, reformulação de práticas, e estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social.

Com isso, propõe a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; o controle social por intermédio dos Conselhos de Saúde, com poder deliberativo sobre as políticas e recursos na área de Saúde; o acesso às informações e aos dados da Saúde; acesso gratuito a todos os níveis de complexidade dos sistemas; a implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, estadual e nacional; a hierarquização e a regionalização da rede de serviços de saúde, nas esferas municipal, estadual e federal; o controle sobre a produção, a distribuição e o consumo de serviços que envolvem riscos à saúde; a participação complementar dos serviços privados; o controle e a avaliação efetiva sobre a qualidade e a quantidade dos serviços prestados pela rede; as ações individuais e coletivas, visando a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação, na Saúde; a ampliação das ações de caráter preventivo e a melhoria qualitativa dos serviços ambulatoriais, tendo como objetivo a redução das ações internacionais; e a incorporação das atividades de vigilância em Saúde, como parte da rotina do serviço, incluindo ações dirigidas ao ambiente e à saúde do trabalhador.

Essa NOB, também, definiu procedimentos e instrumentos que configuraram a necessidade de uma convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS, nos estados e municípios. Para esse gerenciamento, ela propõe a criação de foros de negociação e deliberação, compostos pelas Comissões Intergestores (Comissão Tripartite

(CIT), em nível federal, e Comissões Bipartites (CIB), em nível estadual) e pelas instâncias de participação social (os Conselhos Estadual, Municipal e Nacional de Saúde).

A Comissão Intergestores Tripartite é integrada, paritariamente, por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos secretários nacionais de Saúde/Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do conjunto dos secretários estaduais e municipais de Saúde/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Tem por finalidade assistir o MS na elaboração de propostas para a implantação e a operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

As Comissões Intergestores Bipartites, integradas, paritariamente, por dirigentes das Secretarias Estaduais de Saúde e do órgão de representação das Secretarias Municipais de Saúde do Estado, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo conselho estadual, submetem-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho.

Assim, o fluxo decisório requer uma articulação entre esses entes, de forma que todos os aspectos operacionais do processo de descentralização, no âmbito estadual, serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso alguma das partes se considere lesada pela decisão, quer da Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá, ainda, ser levada ao Conselho Nacional de Saúde, para a sua resolução.

Tais mudanças, também, atingem a atenção oncológica. O Pró-Onco se consolida com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), que passa a desempenhar um importante papel nas políticas oncológicas posteriores à Constituição Federal, de 1988: o de responsável pela elaboração, planejamento e execução de tais políticas, no país, seguindo a lógica de centralização do governo.

Em 1995, o presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) toma posse e inicia um processo de desmonte do Estado brasileiro, marcado por uma série de privatizações de empresas estatais, cujos recursos obtidos serviram para honrar os compromissos com os credores internacionais (FMI, BID e Banco Mundial), ou seja, para “[...] *promover uma integração mais vigorosa ao sistema econômico mundializado – integração conforme as exigências do grande capital e, portanto, sumamente subalterna.*” (NETTO, 1999, p.79). Esse fato contribuiu para o fechamento de muitas empresas nacionais, por não conseguirem competir com o capital internacional, aumentando, consideravelmente, o número de desempregados, no país, num ato de negação total do Estado de Bem-Estar Social, pregado pela CF/88.

FHC implanta, também, uma série de reformas, com o objetivo de promover um “ajuste estrutural” por meio da “*redução dos fundos públicos para o financiamento de políticas sociais voltadas para a massa dos trabalhadores.*” (NETTO, 1999, p.80). Assim, promove a Reforma do Estado.

Na Saúde, a escassez de recursos não permite que o MS cumpra com as suas atribuições e, diante disso, o então ministro da Saúde, Adib Jatene, após muitos esforços, conseguiu a aprovação de uma Emenda Constitucional (EC), criando uma nova fonte de receita para a política de Saúde: a Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras (CPMF). Mas os ministros do Planejamento e da Economia conseguiram cortar

os recursos do MS, no orçamento federal, de modo que a aprovação da CPMF permitiu apenas a substituição das fontes, isto é, a receita da CPMF substituiu as receitas orçamentária anteriores.

Na atenção oncológica, no ano de 1996, surge a Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer (CONTAPP), com o objetivo de capacitar recursos humanos, desenvolver pesquisas, elaborar livros didáticos, folhetos, cartazes e adesivos sobre o assunto, além de prestar assessoria técnica à redação dos projetos de lei relacionados ao tabagismo, em tramitação no Congresso Nacional. A partir daí, foi instituído o dia Mundial do Tabaco (31 de maio) e o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto). Também, elaborou o Programa do Câncer Precoce, abordando os fatores de risco mais comuns. Esses, entre outros esforços da CONTAPP, deram ao INCA a nomeação, pela OMS, para comandar todas as ações de controle do tabagismo, nos países de língua portuguesa e espanhola, na América Latina, Europa e África. Posterior a isso, a CONTAPP foi integrada ao Pró-Onco e formou a Coordenadoria Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção e Vigilância (CONPREV), que se destaca como importante órgão no combate ao câncer.

Outro programa implantado, em 1996, foi o “Viva Mulher”, que se consolidou, em 1999, quando recebeu apoio de instituições internacionais ligadas ao tratamento do câncer. As ações imediatas desse programa não garantiam a ampliação da atenção oncológica; apenas, aumentaram as demandas à rede básica de Saúde, desprovida de suporte assistencial.

A partir de setembro de 1998, o INCA institui o Projeto Expande – aprovado pelo MS, somente no ano 2000 –, cujo objetivo é romper com o atual modelo assistencial e ampliar a cobertura, com base na realidade epidemiológica, prevendo uma expansão do acesso à atenção oncológica especializada, no SUS, para mais de 14 milhões de brasileiros.

Assim, a atenção oncológica passa ser dividida entre Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), por determinação da Portaria GM/MS nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, que propõe a integralidade do serviço de atendimento ao paciente

Os CACON são unidades hospitalares – públicas ou filantrópicas – que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente de câncer. São responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos. Eles possuem três níveis de classificação:

- ❖ CACON I – Centro de Alta Complexidade em Oncologia de nível I (pode ser com ou sem radioterapia). São hospitais gerais, nos quais se procede ao diagnóstico e ao tratamento das neoplasias malignas mais freqüentes, no Brasil. Caracterizam-se por dispor de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e por prestar atendimento ao paciente sempre em numa perspectiva profissional integrada. Necessariamente, devem possuir as seguintes modalidades assistenciais: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, psicologia, serviço social, nutrição, farmácia, reabilitação e cuidados paliativos.
- ❖ CACON II - Centro de Alta Complexidade em Oncologia de nível II. Instituição dedicada, prioritariamente, ao controle do câncer, para o que desenvolve ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento dos tipos de câncer mais freqüentes, no Brasil, em todas as modalidades assistenciais integradas que abrangem diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Caracteriza-se por possuir todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional. Além das modalidades do CACON I, deve prestar atendimento em: radioterapia, cirurgia de cabeça e pescoço, odontologia, oftalmologia, pediatria cirúrgica, plástica reparadora, cirurgia de tecidos ósseos e conjuntivos, unidade de órtese e prótese, fonoaudiologia, emergência oncológica

e voluntariado. Também, devem desenvolver projetos de pesquisa oncológica e oferecer cursos de treinamento e atualização.

- ❖ CACON III - Centro de Alta Complexidade em Oncologia de nível III. Instituição dedicada, exclusivamente, ao controle do câncer. Nele, se desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo ou localização de câncer em todas as modalidades. Caracteriza-se por possuir todos os recursos humanos e equipamentos próprios. Além das modalidades do CACON II, deve prestar atendimento em: radioterapia de alta complexidade, neurocirurgia, biologia molecular, cuidados paliativos com assistência domiciliar, imagenologia com estereotaxia e ressonância magnética, unidade de transplante de medula óssea, laboratório de histocompatibilidade (podendo este ser terceirizado), unidade de medicina nuclear equipada com gama-câmara. Deve oferecer residência médica, programas de prevenção, detecção precoce e de pesquisa na área de câncer.

Nesse contexto, também, foi aprovada a Portaria GM/MS nº 3.536, de 2 de setembro de 1998, que implanta o Sistema de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade na área de oncologia (APAC/ONCO), passando os novos procedimentos a serem baseados na neoplasia, e não mais nos medicamentos, com autorização prévia regulamentada e alimentando um sistema de informações.

Ainda no governo FHC, foi emitida a NOB-SUS nº 01/96, que manteve o caráter da anterior, mas com uma diferença: havia apenas duas opções ao invés de três:

“Assumir a responsabilidade da totalidade dos serviços de atenção básica ou, alternativamente, ser responsável pelo sistema local de saúde, o que incluía contratar e pagar hospitais especializados e clínicas. As transferências se tornaram automáticas assim que o município se qualificasse para uma das condições de gestão, mas os valores transferidos pelo MS variavam de acordo com a complexidade das funções assumidas.” (ARRETCHE, 2005, p. 300).

Desde a publicação até a implantação dessa NOB, decorreram dois anos. Nesse período, os ministros que substituíram Jatene emitiram uma série de normas administrativas como estratégias para alterar significativamente o conteúdo da NOB-SUS nº 01/96. “*Na prática o MS passou por cima da representação dos governos locais e da sociedade no processo decisório da política de saúde.*” (ARRETCHE, 2005, p.301), o que comprova a força do Ministro da Saúde na arena de decisões sobre a extensão da incorporação das demandas dos estados e municípios às políticas federais.

A NOB-SUS nº 01/96 teve como princípio a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão, buscando construir a responsabilidade plena do poder público sobre a gestão de um sistema de Saúde, não se restringindo à prestação de serviço. Para a gestão municipal, criou duas categorias: a Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Essa NOB, como as demais, reafirmou os avanços consagrados pela sociedade brasileira, na Constituição brasileira, de 1988, não só em relação ao amparo legal para a elaboração e a execução da política de Saúde, como pelo próprio conceito abrangente de saúde, por elas adotadas.

Essa Norma teve a preocupação de estabelecer, como prioridade, a inversão do modelo assistencial hegemônico, no país, o que implica o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde, no Brasil e na própria organização do Sistema, visto que o município passou a ser o responsável imediato pelo serviço de saúde de sua população e pelas exigências de intervenções curativas, no seu território.

Uma das conquistas expressas nessa NOB foi o subsídio para a construção da integralidade das ações de saúde, além de evidenciar a necessidade das ações fora do campo

específico da Saúde. Ela se diferencia das demais, pois definiu a atuação, na Saúde, em três campos: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor Saúde. Este último interfere nos determinantes sociais do processo saúde/doença da coletividade, o que está relacionado às políticas macroeconômicas, ao trabalho, à habitação, à educação, ao lazer e à qualidade dos alimentos. Ela também define os papéis básicos de apoio dos gestores, nas três esferas de governo, a fim de garantir a construção e a efetivação do SUS.

Por outro lado, essa NOB, também, produz efeitos nefastos, que retardam os avanços na qualidade da assistência e na construção de um novo modelo assistencial que privilegie a vida e a construção da cidadania. No seu texto, é possível encontrar conteúdo normativo que fere a autonomia de gestão dos municípios, devido ao modelo de ação programática e vigilância de saúde assumidos e por privilegiar o financiamento para os municípios que desenvolveram os programas arrolados, como prioritários, pelo governo federal. Tais programas possuem um desenho dependente da lógica verticalizante; mas, para eles, haverá dinheiro disponível, tão logo se atendam às rotinas burocráticas definidas. Essa lógica de financiamento, que obriga a adesão do município em troca de recursos, é produto de intervenções periféricas orientadas para a consolidação de um sistema pobre para pobres (ACIOLE, 2006).

Dessa forma, a NOB-SUS nº 01/96 rompe com o conceito de integralidade e enfatiza a criação de políticas de Saúde reduzidas a fragmentações, compiladas em pacotes de programas e projetos de atenção básica, como o Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, alijando o espaço público de seu papel de gestor integral. Com isso, como fica a atenção à alta e média complexidade da Saúde? Elas ficam sob a responsabilidade de grandes emergências, que, constantemente, estão na mídia, sob a forma

de escândalos e de afirmação notória do descaso do Estado pela saúde da população, fazendo com que aqueles que podem financiar o tratamento recorram aos serviços privados. Os que não podem, morrem, sem a mínima condição de socorro.

Esse quadro de desigualdade social é fruto de estratégias que vêm sendo adotadas pelo Estado, por meio da pretensão de privatizar a Saúde. Para isso, conta com a mídia, que faz o papel de agente de divulgação da ideologia da ineficácia do Estado em administrar o setor público. Também, coloca a privatização como a melhor solução a ser adotada, exemplificando com a parte da Saúde privatizada, que é paga pelo Estado. Assim, é possível concluir que os mais pobres são os que pagam mais para manter a saúde, no Brasil. Dessa forma, a lógica de privatização se amplia e segue para a exclusão dos direitos de acesso à Saúde. Nisso, a tradução de ineficiência em responder às necessidades do usuário e à falta de financiamento é o discurso principal. O notório é que esse discurso faz parte das propostas do Banco Central e do FMI, juntamente com outras instituições financeiras internacionais, cujo objetivo é a minimização do Estado em favor da lógica do mercado. Estabelece-se, portanto, uma mercantilização da Saúde.

Mas, e o SUS? Mesmo tendo os seus princípios e diretrizes garantidos, na lei, o SUS enfrenta impasses quanto ao seu financiamento. Segundo Netto (1999), os recursos autorizados para o orçamento da Saúde têm uma redução de 6,9%, entre 1995 e 1996; e de 11%, entre 1997 e 1998. Esse estrangulamento dos recursos justifica o estado clínico do sistema de Saúde brasileiro, o qual revela um diagnóstico de “neoliberalismo metastático”, levando ao país à beira dos cuidados paliativos e emergenciais.

Assim como o câncer, em sua fase de progressão metastática, estende-se para vários tecidos, acelerando o crescimento desorganizado e maligno das células, o neoliberalismo atinge o Estado e se espalha, progressivamente, destruindo os direitos sociais.

Na atenção oncológica, no ano de 1999, cria-se a Portaria SAS/MS nº113, de 31 de março de 1999, que abre possibilidade de credenciamento de Unidades Isoladas de Radioterapia e Quimioterapia, desde que haja algumas pré-condições, como a insuficiência de CACON atestada pelo gestor, cumprimento de normas técnicas mais rígidas e garantias de referências para o atendimento integral dos pacientes.

Os Serviços Isolados de Quimioterapia estão disponíveis em clínicas isoladas que devem estar associadas a uma estrutura médico-hospitalar, do diagnóstico aos cuidados paliativos.

Já os Serviços Isolados de Radioterapia, estão disponíveis em clínicas isoladas, que devem estar associadas a uma estrutura médico-hospitalar. São unidades ambulatoriais que garantem a complementação da assistência não oferecida nesses serviços, dentro da perspectiva de “integralidade”.

Na virada do século, por Decreto nº 3.496, de 1º de junho de 2000, o INCA passa a ter competência para desenvolver ações nacionais de controle do câncer, tornando-se referência nacional, no âmbito do SUS, para a assistência oncológica. Em outras palavras, ele passa a ser a própria assistência oncológica brasileira, e o seu complexo de cinco unidades hospitalares específicas são reconhecidas como CACON de nível III.

Enquanto para o INCA parece que “os céus sorriem”, a dinâmica imposta às políticas de Saúde é explicitada em várias emendas constitucionais (EC), leis e decretos. Em setembro de 2000, foi editada a EC nº 29, que altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198, da Constituição Federal, assegurando porcentagem mínima a ser aplicada pelos municípios, pelos estados e pela União. Ela define que não são considerados gastos com ações e serviços públicos de saúde, os gastos com aposentados e pensionistas, dívidas, assistência médica e

odontológica com servidores, serviços de limpeza pública e tratamento de resíduos sólidos, ações de saneamento, e ações financiadas ou transferências voluntárias da União ou do Estado.

No final de seu mandato, FHC aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que amplia a responsabilidade dos municípios na atenção básica e regionaliza as políticas de alta complexidade, descentralizando-as. Esse processo possui um lado positivo, pautado pela ampliação dos poderes dos municípios, na medida em que cada um passa a ter uma autonomia relativa, no encaminhamento do seu próprio modelo assistencial, e outro, fortemente negativo, quando esse processo proporciona a transformação de órgãos públicos e autarquias em fundações de direito privado.

Um novo presidente toma posse, em janeiro de 2003. Luís Inácio Lula da Silva, que representava a esperança de mudanças definitivas em prol dos direitos sociais, meses após a sua posse, concretiza reformas que engendram profundas incertezas, na população brasileira, em relação à garantia dos direitos previstos pela Constituição Federal, de 1988.

O seu governo desponta, em uma conjuntura de evolução do neoliberalismo, representando um partido de esquerda que almeja – ou almejava – a construção do socialismo. Tragicamente, a missão desse partido passa a ser a de atenuar os efeitos nefastos daquela evolução, o que vem aguçando a “questão social” no país. O governo de Lula recebe, como herança do último presidente, um Estado abalado pelo crescimento monumental de suas dívidas interna e externa e um alto grau de dependência do grande capital internacional, disso havendo, pelo menos, duas situações emblemáticas: os maiores bancos cresceram expressivamente e um quinto do PIB deixou de ser estatal e foi para as mãos das empresas privadas.

Contudo, Lula não hesita em receber a herança deixada pelo seu antecessor, e em nela investir, dando continuidade aos “projetos pacotes” orientados para a atenção básica e a fragmentação das demandas. Sem se importar com a universalização, seguindo e aprofundando o legado do presidente que o antecedeu, implanta reformas que dividem a assistência à saúde em pacotes de programas de atenção básica destinados aos dependentes do SUS, que é a parte da população que depende, estrutural e economicamente, dos serviços de saúde estatais, e em prestação de serviços de assistência à saúde aos não-dependentes do SUS, que são realizados por milhares de operadoras de saúde privada.

Esses fatos reforçam a tese de que o projeto neoliberal de ampliação do mercado já estava embutido, na CF de 1988, que prevê a elaboração de um Código de Defesa do Consumidor, muito aclamado, nos últimos anos, por meio dos PROCON, das ONG e do Ministério Público. Tudo isso, para manter e consolidar as relações mercantis, principalmente, no campo da Saúde.

Desde a última década, o mercado de planos de saúde e de instituições prestadoras de serviços de saúde tem aumentado, significativamente, e, na virada do século, por meio de medida provisória (MPV), é criada uma agência reguladora da saúde complementar, sendo a ela outorgado o reconhecimento de parte importante da conformação do mercado de trabalho, principalmente, em momentos de alto índice de desemprego, e, assim, valorizando o setor privado como excelência, até para a amenização da crise de emprego, no país. E o setor público, mais uma vez, é apresentado como ineficiente, nas suas ações (ACIOLE, 2006).

Tal quadro de desigualdade de direitos, pintado na tela da Saúde, revela o desprezo pela universalidade, tanto defendida pelo Movimento Sanitário e apregoada pela CF, de 1988, o que nos remete à situação das políticas de Saúde do século passado, quando a

assistência familiar se destinava a quem a podia financiar, e a saúde pública (a atenção básica) e os cuidados das instituições filantrópicas e solidárias restavam para quem não podia custear o seu tratamento. Trágico retorno!

Outra característica do governo Lula da Silva, que, claramente, se refere à ampliação do legado de FHC, está relacionada ao quantitativo de recursos destinados à Saúde, o que dá um perfil desmoralizante à proposta do SUS. Um forte exemplo está na situação da assistência oncológica do país. Somente no estado do Rio de Janeiro, que é considerado um dos maiores pólos de combate ao câncer do Brasil, existem 26 unidades especializadas. Desse total, apenas 12 são públicas e se concentram nas regiões metropolitanas do estado, enquanto as 14 restantes, de vínculo privado ou misto, assumem as demais regiões (em geral, mais pauperizadas), resultando em uma cobertura inadequada para uma população de mais de treze milhões de pessoas; e, desse total, quase quatro milhões não possuem nenhum tipo de cobertura. Esse fato, conseqüentemente, gera uma superlotação de algumas unidades, dificultando o acesso de uma parte considerável da população a esses serviços (SOARES; LEITE, 2002).

O efeito nefasto das ações neoliberais, na atenção oncológica, também, é visto pela falta de investimentos, tanto na capacitação de profissionais quanto na preparação das unidades de saúde básica, que deveriam funcionar como rede de detecção e diagnóstico precoce do câncer, além de capacitadora de pessoal e multiplicadora de medidas preventivas e de combate à doença. No bojo desses fatores, as associações e organizações filantrópicas se destacam por atuar, nas brechas deixadas pelo Estado, no fomento da assistência, e, com a introdução das políticas neoliberais, assumem parte dos deveres do Estado, dos quais o mesmo se “desobriga” e os repassa à sociedade civil.

O déficit de profissionais e o alto índice de contratações precárias e por contratos temporários, na Saúde, corroboram a adesão deste governo ao neoliberalismo, que aumenta a instabilidade no trabalho, fortalece o corporativismo e promove uma circulação de profissionais, no mercado de trabalho, aumentando a taxa de desemprego e exigindo, ainda mais, da responsabilidade individual do trabalhador para a sua aceitação no mercado de trabalho.

Contudo, é no final do primeiro governo de Lula da Silva que é aprovada a Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, que “*institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências de cada esfera de gestão.*” Essa portaria substitui a Portaria GM/MS nº 3.535/1998, dando um novo rumo à atenção oncológica.

Nela, estão previstas estratégias que envolvem os três níveis de governo e de complexidade para a prevenção, combate, detecção e tratamento do câncer, e determinado o prazo de 12 meses, a partir de sua publicação, para a reorganização dos setores. No entanto, não se identifica, nessa portaria, nenhuma construção direta de equipamentos de saúde para a prevenção, combate, detecção e tratamento do câncer. O que temos são determinações e divisão de competências, sem regularizar ações consoantes, entre as esferas de governo.

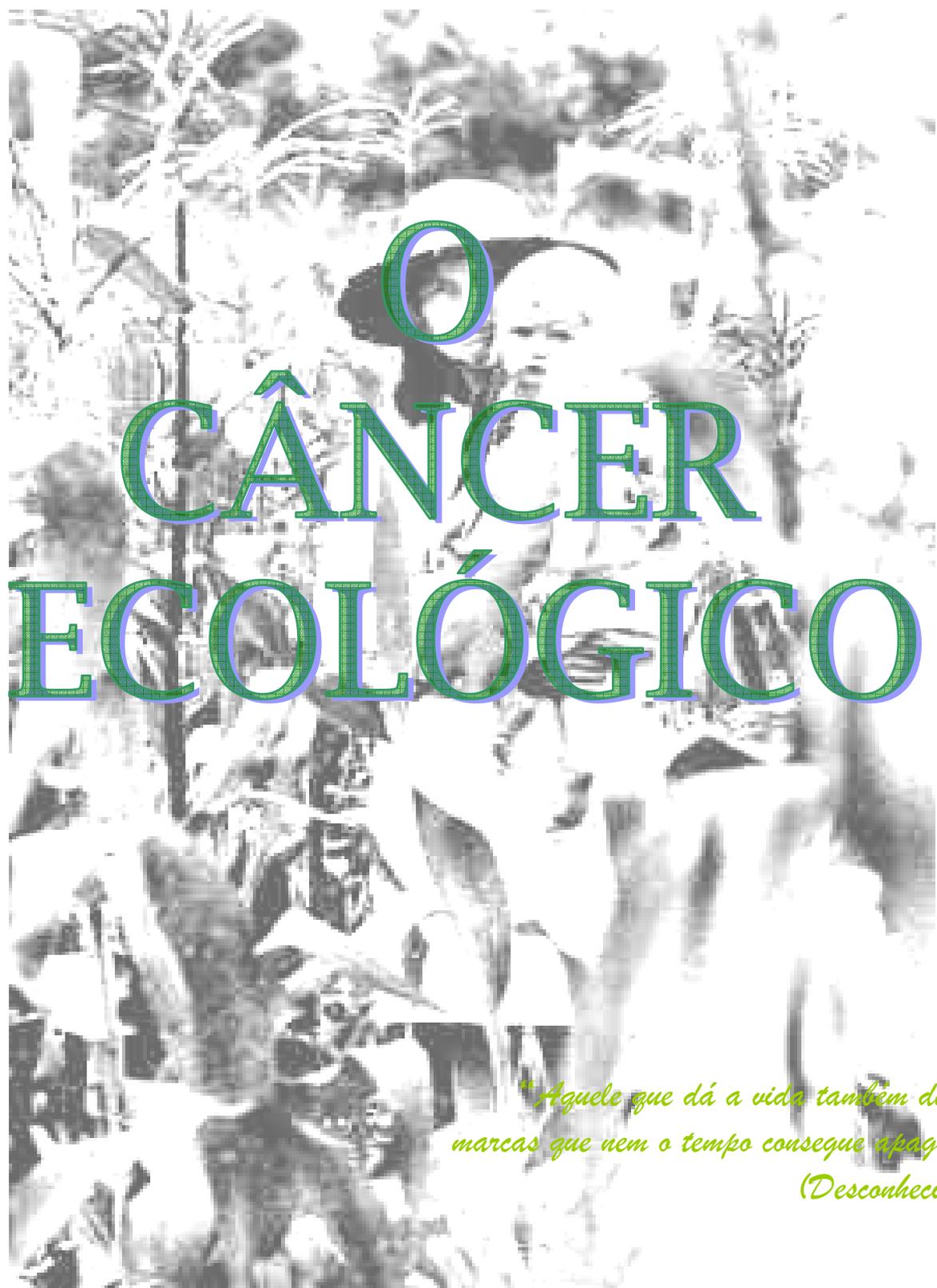
Analisando o contexto no qual ela é aprovada, identificamos que essa portaria vem como resposta e consolidação da atenção oncológica, com as Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão, que foram pactuados pelo MS, o CONASS e o CONASSEMS, com o intuito de dividir as responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. A implementação desse pacto, nas suas três dimensões, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo

inovações, nos processos e instrumentos de gestão, que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de resultados e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Com o pacto, a atenção oncológica se pautará pelo processo de regionalização, para determinar as suas ações. Mas percebemos que mais de doze meses já decorreram, desde a publicação de ambos os instrumentos legais, e, como respostas práticas das ações, há apenas intervenções fragmentadas e focalizadas na atenção restrita à saúde da população e à universalidade, e o SUS, tão almejado e defendido, tem sido substituído por emendas, que têm instaurado o perfil neoliberal no cerne de seu propósito, criando um novo tipo de SUS.

Esse novo perfil do SUS se pauta pela “universalização inversa”, isto é, os programas se voltam para determinados grupos, com demandas específicas, não atendendo o indivíduo de forma integral, como é previsto na Constituição Federal, de 1988. Um exemplo disso é o Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Interior do Estado do Espírito Santo, destinado ao rastreamento e ao combate do câncer de pele, muito comum entre esses imigrantes. Trata-se de um programa específico, para atender uma particularidade de uma determinada parte, de uma definida região. Essa fragmentação e essa focalização da Saúde revelam o novo perfil do SUS: um produtor de programas e projetos restritos a segmentos da sociedade e não à sua totalidade.

CAPÍTULO 4



O CÂNCER ECOLÓGICO

*"Aquele que dá a vida também deixa
marcas que nem o tempo consegue apagar"
(Desconhecido)*

CAPÍTULO 4

O CÂNCER ECOLÓGICO

O estado do Espírito Santo foi povoado por imigrantes pomeranos, alemães e italianos, dentre muitos outros de origem européia, os quais possuem uma especificidade: o tipo de pele. A pele desses imigrantes é muito clara e, portanto, muito sensível à radiação solar. Quando muito exposta ao sol, torna-se um campo muito propício à propagação do câncer de pele.

Dentre as colonizações européias capixabas, damos destaque aos pomeranos que, em sua maioria, são lavradores que se expõem, por até 10 horas diárias, aos raios ultra-violetas do sol, tendo, portanto, altos índices de detecção de câncer de pele. Diante disso, destacamos três pontos merecedores de debate: o primeiro, ligado ao câncer de pele e às formas de combate, prevenção e tratamento da doença; o segundo, relacionado aos pomeranos e à sua forma de vida; e o terceiro, associado às condições precárias de trabalho e às formas como elas contribuem para o desenvolvimento de doenças, como o câncer, nos trabalhadores.

Esses três pontos podem ser verificados, por meio do estudo do Programa de Atenção Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Interior do Estado do Espírito Santo, que atua por meio de campanhas focalizadas e regionalizadas, em determinados períodos do ano. Trata-se de um trabalho de rastreamento e combate ao câncer de pele, entre os imigrantes pomeranos e seus descendentes, os quais revelam uma combinação perfeita para a proliferação desse tipo de câncer, conforme elencado acima.

4.1 Os pomeranos

A origem dos pomeranos⁶² é marcada pela busca de espaço para sobrevivência. Eles viviam na Pomerânia, uma região histórica e geográfica européia, situada ao norte da Polônia e da Alemanha, na costa sul do Mar Báltico, entre as duas margens dos rios Vístula e Odra, atingindo, a oeste, o rio Recknitz. Tinha uma superfície de 38.409 km², com uma extensão de 500 quilômetros de litoral. Sua capital, Stettin, localizada estrategicamente na enseada do rio Oder, que desemboca no Mar Báltico, tornou-se um porto importante na sua relação comercial com o mundo, ficando famosa pela construção naval. Possuía muitos lagos e rios, tanto no litoral, quanto no seu interior, propiciando a pesca. Ela foi dividida pelos extremos do oeste e do leste, ficando conhecida como Pomerânia Ocidental e Oriental.

A Pomerânia Ocidental possuía grandes portos, terras férteis e clima adequado para a agricultura, principalmente, no plantio de trigo e cevada. Já na Pomerânia Oriental, os lavradores sofriam com as geadas, sobrando-lhes meses para o plantio de culturas. Tinha um litoral arenoso e baixo. Além do clima adverso, o solo não contribuía para a sobrevivência dos pomeranos e, só em 1752, com a introdução da cultura da batata inglesa, bem adaptada a esse clima e ao solo, essa situação de difícil vida é modificada.

⁶² A denominação *pomerano* é dada, principalmente, aos alemães, que habitaram, até o final da Segunda Guerra Mundial, a então província da Pomerânia, e, notadamente, ao dialeto do Baixo Alemão que falavam. São importantes, no Brasil, porque para aqui emigraram em grande número, durante o século XIX. A Pomerânia (*Pommern*, Nordeste da Alemanha da época), está, atualmente, parte em território polonês e parte (bastante pequena) na atual Alemanha. Descendentes de uma mistura de germanos com eslavos, oriundos de regiões antigamente ocupadas pelos celtas, os pomeranos habitavam uma província da forte Prússia do século XVIII. A primeira menção da Pomerânia remonta do latim *longum mare* (= pelas costas do mar), em um documento papal, escrito por volta de 1080, o *Dagome iudex*, uma cópia abreviada de um documento, supostamente, escrito, no ano de 992. O registro comenta uma certa Oda von Haldensleben e seu esposo Dagome, assumidamente, um governante polonês chamado Mieszko I, e se refere a um território designado por Dagome ao papa. Um documento imperial, datado de 1406, menciona, pela primeira vez, o termo "Pomerânia", referindo-se a *Zemuzil dux Bomoranorum* (Siemomysl, Duque dos pomeranos). Daí em diante, a "Pomerânia" é mencionada, repetidamente, nas crônicas de Adam von Bremen (ca. 1070) e Gallus Anonymus (ca. 1113). Do lado polonês, a Pomerânia é dividida em três voivodias (províncias): Pomerânia Ocidental (*Zachodniopomorskie, ZP*); Pomerânia (*Pomorskie, PM*); e Pomerânia-Kujawsko (*Kujawsko-Pomorskie, KP*). Do lado alemão, a Pomerânia faz parte do estado (*Bundesland*) de Mecklemburgo – Pomerânia Ocidental. A história da região é rica e variada, por ter permanecido sob o domínio de diferentes potências, ao longo dos séculos. De 1186 a 1806, esteve sob o domínio do Sacro Império Romano-Germânico. Com a dissolução desse império, em 1806, por Napoleão Bonaparte, a Pomerânia tornou-se parte da Prússia e, depois, da Alemanha. (Fonte: WIKIPEDIA).

No século XII, os pomeranos enfrentaram mais de 20 guerras. De 1128 a 1400, tornaram-se dependentes, comercial e culturalmente, dos alemães – fugindo dos temidos poloneses. Mais tarde, já no século XIX, suas terras serviram de passagem para as tropas de Napoleão. No Congresso de Viena, surgiu a província prussiana da Pomerânia.

Com o advento das Grandes Guerras, os pomeranos aceleram o processo de emigração, pois, muitas vezes, eram obrigados a sair, imediatamente, de suas propriedades. Eles fugiam das novas ameaças, do domínio polonês – na Primeira Guerra Mundial – ou da expulsão de suas terras por soviéticos e poloneses⁶³ – na Segunda Guerra Mundial. No final, 1,8 milhão de pomeranos orientais foram obrigados a se refugiar, na parte ocidental. No trajeto, cerca de 500 mil morreram. E essa parte de seu território acabou nas mãos da Alemanha comunista, que se encarregou de fazer com que a Pomerânia desaparecesse do mapa (RÖLKE, 1996).

Mas o processo de imigração dos pomeranos começou, ainda no século XIX. As principais comunidades pomeranas foram e estão concentradas, especialmente, nos Estados Unidos e Canadá. Segundo RÖLKE (1996), a migração para os Estados Unidos da América começa, no ano de 1835, devido às condições sociais desfavoráveis dos pomeranos e à revolta dos luteranos contra a cristianização da Pomerânia.

“A partir de 1836, iniciou-se um processo de migração para a América, motivada pela pobreza geral que se instalara, sobretudo no campo, onde a maioria dos imigrantes pomeranos trabalhava como diaristas em grandes latifúndios. O que provocou a pobreza entre a população foi o uso cada vez mais racional da terra, o início da industrialização com a invenção da máquina a vapor e a sintetização química do adubo mineral. Tudo isso fez com que cada vez mais pessoas sobrassem no campo.” (RÖLKE, 2002, p.44).

⁶³ Vale ressaltar que, na Segunda Guerra Mundial, a Pomerânia teve uma parte do seu território transferida para a antiga República Socialista da Polônia, uma outra parte para a República Democrática Alemã, sob o domínio da União Soviética, e o restante para a República Federal da Alemanha, dominada pela França, Inglaterra e Estados Unidos da América. E como resultado da decisão dos poloneses e dos soviéticos, os pomeranos foram expulsos do seu território por vez dominado (RÖLKE, 1996).

Em consequência desse processo mundial do capitalismo, estima-se que, para o Brasil, migraram 30.000 pomeranos, no início e em meados do século XIX, estimulados pelas promessas do governo brasileiro de uma vida melhor. Contudo, quando chegaram a estas terras, os pomeranos perceberam que muitas promessas eram falsas.

“Se na Pomerânia não conheciam muito as montanhas, aqui eram colocados em lotes na região serrana, com declives, onde muitas vezes a agricultura era impraticável. Também sentiram que a promessa de uma infra-estrutura pronta não existia”. (RÖLKE, 2002, p.44).

Não havia vilas, estradas, médicos e lotes com casa habitáveis, como lhes havia sido prometido pelos agenciadores alemães contratados pelo governo brasileiro.



Figura 2. Pomeranos no porto partindo rumo ao Brasil (fotografia).
Fonte: Museu de Santa Maria de Jetibá.

Mas o processo imigratório continuou, e os pomeranos migraram para a região sul do país, em São Lourenço, no Rio Grande do Sul, onde a maior concentração de descendentes de pomeranos está situada, em Harmonia, considerada a região mais "pomerana" do estado. Calcula-se que, nela, 99% dos moradores sejam de origem pomerana. Outra famosa concentração de pomeranos se encontra no estado de Santa Catarina, em Pomerode. Essa área fazia parte, inicialmente, da colônia de Blumenau. A ocupação dos primeiros lotes coloniais, ao longo do Rio do Testo, que daria início ao que viria a ser o Município de Pomerode, deu-se, em 1861, onze anos após a fundação da Colônia Blumenau.

Também, migraram para as regiões sudeste e norte brasileiras. Na primeira, os pomeranos se instalaram nos municípios de Santa Maria de Jetibá, Baixo Guandu, São Gabriel da Palha, Vila Pavão, Pancas, Domingos Martins, Santa Tereza e Afonso Cláudio, no estado do Espírito Santo; e, na segunda, nos municípios de Pimenta Bueno, Cacoal – onde fundaram uma colônia com o nome de Vila Alemã, tendo a agricultura como principal fonte de renda – e Espigão do Oeste, no estado de Rondônia (Anexo 1).

Vale ressaltar que, embora já houvesse a presença de alemães, no estado do Espírito Santo, foi somente com a chegada desses novos imigrantes que a colonização alemã ganhou força, nesse estado. Atualmente, nele, encontra-se a maior concentração de pomeranos, no Brasil, superando, inclusive, o Rio Grande Sul, conhecido pela grande presença de imigrantes alemães.

Os pomeranos chegaram ao Espírito Santo em número pequeno, precisamente, sete pessoas, junto com os alemães, no município de Santa Isabel, aproximadamente, no ano de 1847, surgindo, assim, a primeira colônia germânica .

“Essa primeira colonização começou nas mais difíceis condições e enfrentando as ameaças de assalto dos índios selvagens, além de carências e sacrifícios. O trabalho mais árduo, um clima diferente, alimentação deficiente, insuficiente habitação, praga de insetos e doenças, insegurança econômica e a falta de colocação dos produtos levaram o colono a lutar, duramente pela existência.” (GIEMSA; NAUCK, 1939, p.455).

No período de 1872 a 1873, chegam ao Espírito Santo muitos pomeranos, no Porto de Vitória, nos navios Gutenberg, Adolph, Anne Helene, Maria Heyden, Doctor Barth e Hainan. Pisaram em terras capixaba trazendo, na bagagem, muito sofrimento e a promessa de dias melhores. Imigrantes pomeranos, em número de 2.142, vão para Santa Maria de Jetibá e Jequitibá e formam a maior colônia de pomeranos do Espírito Santo.

No período de 1900 a 1920, os pomeranos foram para as comunidades de São João do Petrópolis (conhecida como Santa Cruz ou Santa Maria, no Vale de Santa Maria do Rio Doce), Santa Joana, Domingos Martins, Vila Pavão e Afonso Cláudio. Em seguida, migraram para Itarana, Laranjas da Terra, Baixo Guandu (RÖLKE, 2002).

Em 1930, no governo Getúlio Vargas, os pomeranos foram proibidos de falar sua língua natal e eram caçados pelos camisa-verde, devido à expansão do nazi-fascismo, no mundo. As famílias, desesperadas, corriam para o mato. Pastores luteranos, que rezavam em alemão, foram obrigados a pregar só em português.

“Muitos imigrantes pomeranos eram simplesmente taxados como nazistas, perseguidos, presos, torturados e até mortos. Muitos morreram sem saber o porquê. Muitos estavam tão isolados do mundo que nem sabiam que na Europa, sua pátria natal comandava a Segunda Guerra Mundial. A língua pomerana era confundida com o alemão clássico do poderoso Hitler.” (JACOB, 2002, p.48).

Esses fenômenos, aliados aos outros aspectos socioculturais, contribuíram para que os pomeranos vivessem em colônias isoladas dos grandes centros urbanos capixabas. Isso gerou características próprias, na identidade pomerana. A lealdade é uma forte marca dessa

identidade cultural. Para eles, sobreviver pressupõe ser leal ao seu ideal e ser leal a quem sofre junto. A maneira rude e grosseira de ser e reagir, certamente, tem sua raiz histórica nas dificuldades que foram impostas a esse povo.

Outra característica própria dos pomeranos é o jeito muito desconfiado de ser. Só depois de travada grande amizade com estranhos e muito convencimento, ele é capaz de aceitar novos paradigmas e propostas de vida. Isso expressa o retrato do passado, quando sempre foi objeto e quase nunca sujeito da história (RÖLKE, 2002).

A conservação do dialeto, também, fortalece esse isolamento. Ainda se encontram pomeranos que só falam um dialeto⁶⁴, o *pomerod*. Em algumas localidades do Espírito Santo, é necessária a ajuda de um tradutor, para manter um diálogo. Mas, também, há quem fale o português, embora um pouco misturado ao dialeto pomerano. Nas últimas décadas, os descendentes de pomeranos têm rompido, significativamente, com esse isolamento, principalmente, os jovens que, inseridos na comunidade, freqüentando escolas e falando o português, absorvem a cultura brasileira. O que chama atenção para esse fenômeno é que os pomeranos são um povo de cultura camponesa e tradição oral; assim, a não-prática do dialeto retrata a perda de sua própria história.

Outra expressão da cultura pomerana são as casas de madeira, nas quais esses imigrantes moram. Ainda hoje, é possível encontrá-las, nas regiões de maioria pomerana. Algumas delas mantêm os traços do passado e não possuem energia elétrica, rede de esgoto

⁶⁴ No momento, o dialeto pomerano oriental (existe mais de um tipo de dialeto pomerano) é falado, apenas, no Brasil – no Rio Grande do Sul, em Santa Catarina e no Espírito Santo. Mas, se falam o dialeto, os pomeranos não podem escrevê-lo corretamente. Desconhece-se a grafia do pomerano. Algumas pessoas apenas conseguem reproduzir os sons, e, quando isso acontece, somente outro pomerano pode entender alguma coisa. Entre as crianças, nem todas conseguem falar a língua dos pais. No Espírito Santo, nas cidades de Santa Leopoldina e Santa Maria de Jetibá, o pomerano se tornou a língua corrente. Com o fechamento das escolas alemãs, em 1938 e 1939, o alemão padrão era a língua usada somente nas igrejas. Mesmo entre os mais velhos, não há quem escreva o alemão oficial corretamente, além de não haver uma escrita do pomerano (Fonte: WIKIPEDIA).

e água tratada e estão instaladas em terras, que eram cedidas pelos proprietários, no sistema de meeiros, para o plantio de subsistência e moradia.



Figura 3. Casa de madeira à beira da estrada, no município de Santa Maria de Jetibá.
Fonte: Acervo pessoal do pesquisador (fotografia).

A relação de trabalho existente consiste, ainda, na forma da “meia”, em que o patrão dá terreno, com uma casinha, para segurar o meeiro, no lugar, como também na lavoura branca, caso seja grande a colheita de café.

Outras tradições permeiam a cultura pomerana. Para eles, toda criança sela seu destino, no primeiro aniversário, ao escolher entre um pão (não faltaria comida), uma moeda (seria rico) e a Bíblia (viraria religioso). O tocar da concertina, um instrumento da família do acordeão, era muito tradicional, nas festas pomeranas, mas, infelizmente, essa prática não se perpetua, até aos dias atuais. O casamento entre parentes é outro aspecto presente, entre os pomeranos, principalmente, devido ao seu isolamento.

Ir à igreja é um forte traço da cultura pomerana. Na sua história, a igreja era um grande elo entre os pomeranos, os quais chegavam aos cultos com horas de antecedência,

para confraternizar com os amigos. Atualmente, a rotina de vida dos pomeranos tem se embalado com os ideais da pós-modernidade, disseminado nos grandes centros urbanos, provocando uma transformação dos hábitos mais tradicionais. A igreja, presente durante anos, foi a de confissão Luterana. Entretanto, aos poucos, outras religiões, como o catolicismo, o protestantismo e o espiritismo, ganham mais adeptos às suas práticas religiosas.

Entre essas e as diversas tradições dos antepassados, uma das que mais chamam atenção é o casamento pomerano, pois se trata de um acontecimento social marcante, que reúne o povo, numa alegria de três dias de festa. Um dos primeiros preparativos de um casamento tradicional, o convite, não é usado: entre os descendentes de pomeranos, nunca foi costume mandar convite impresso; ele é feito em forma de versos. Como?

O evento é caracterizado pela fala ritual do ‘convidador de casamento’ (o *Hochtijdsbirar*), proferida na sala de estar da família visitada. É chamado *Hochtijdsbirargibeed*, “reza”, “oração do convidador de casamento”. A fala-convite possui o significado de uma oração, de uma reza, evidenciando o caráter sagrado do ritual do casamento. O convidador – geralmente o irmão da noiva – percorre as casas dos convidados, chamando-os para o casamento. Entra na casa de cada família convidada, sendo recebido na sala. Naquele espaço, ele recita, em pomerano, ou, eventualmente, em alemão, o convite de casamento, caminhando, em círculos. Após a fala ritual, ele oferece aos membros da casa um gole de aguardente que traz consigo, e a família convidada lhe entrega um lenço novo, colorido ou bordado à mão, que é preso por uma ponta às costas do convidador, como símbolo da confirmação do comparecimento da família ao evento. A locomoção do convidador é feita por meios próprios: antigamente, cavalo ou bicicleta, que foram substituídos, nos dias de hoje, pela motocicleta e o carro. O cuidado em ornamentar, com flores e ramos verdes, os meios de transportes dos noivos e de suas famílias ainda se

mantém presente, assim como o cuidado com as vestes dos noivos e padrinhos, enfeitadas com fitas e ramos (TRESSMANN, 2002).

Na véspera do casamento, é realizada, na casa dos pais da noiva, a cerimônia do “Quebra Louças”, uma garantia para felicidade do casal. A cerimônia religiosa segue os ritos da religião luterana. Depois da cerimônia, todos se dirigem à casa dos pais da noiva, onde é realizada a festa. No último dia, o noivo derruba o mastro alto, que indicava aos convidados o local dos festejos, para oficializar o término da festa.

Os pomeranos têm na vestimenta a tradução de muito da sua cultura. Desde a época dos latifundiários, as festas têm destaque nas suas vidas: o casamento de batatas, o *Kartoffelhochzeit*, realizada na colheita da batata inglesa é uma destas festividades. Curioso era a maneira como demonstravam que a colheita tinha ocorrido, no tempo esperado, com uma produção de qualidade, colocando, assim, as pilhas de batatas ensacadas no local onde ia acontecer a tão esperada festa. A música dava o tom da dança.

Outra festa com uso de roupa especial ocorria na confirmação dos garotos:

“Roupa domingueira: para solenidade da confirmação os garotos recebem, pela primeira vez, calçado e meia; as meninas, sapatos de verniz, freqüentemente, e meias brancas, além de um vestido branco cheio de rendas com laços vermelhos e azuis e de um colar de pérolas falsa coloridas. Aos garotos dão os pais, ainda um fato preto, um cinto e um chapéu de feltro (WAGEMANN, 1949, p.77).

O casamento é, também, o momento de uma celebração, com muita dança e canto.

“A indumentária de festa dos adultos é o traje de casamento. As noivas, muitas vezes, usam vestido preto em vez de um branco. Só entre os saxônios e os suíços é que as noivas se enfeitam com um véu. Elas gostam de trazer nos dedos anéis de prata. A roupa de casamento do homem é quase igual a da confirmação, diferindo desta apenas quanto ao cinto que deve ser bem ornamentado” (WAGEMANN, 1949, p.77).

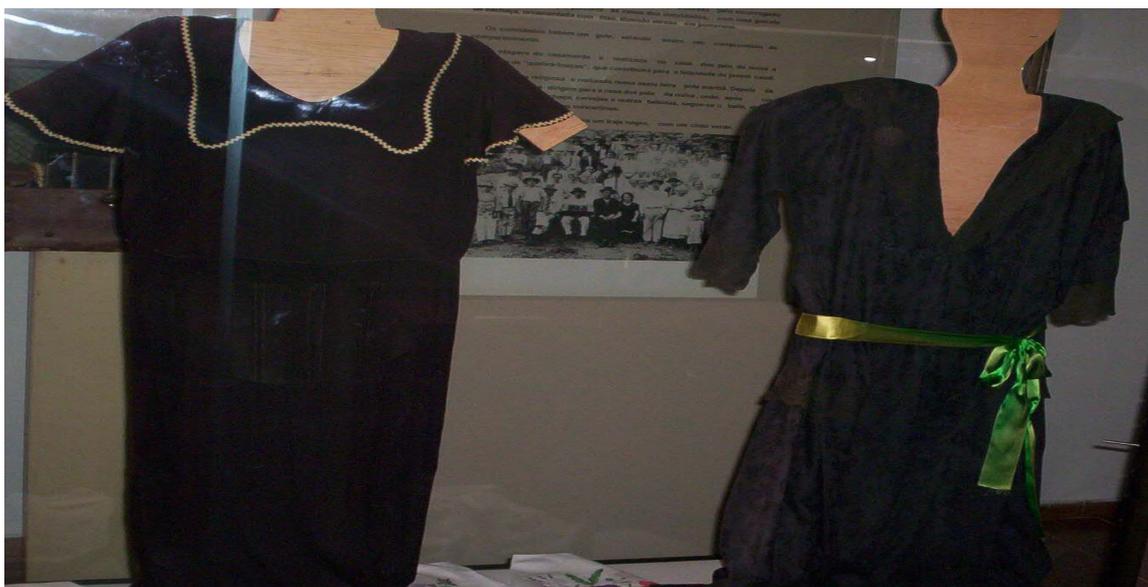


Figura 4. Vestidos de casamento pomeranos.
Fonte: Museu de Santa Maria de Jetibá.

Há muita alegria com o envolvimento da comunidade, durante as festas, até na culinária, para elaboração dos pratos que serão servidos aos convidados. Essa e outras tradições da cultura pomerana têm sido alvo de lutas, pelos descendentes de pomeranos, para que sejam preservadas, mantendo os velhos costumes de seus antepassados.

4.2 À flor da pele

Os pomeranos são considerados um grupo vulnerável ao desenvolvimento de câncer de pele, devido a aspectos biológicos e sociais. O primeiro está relacionado ao tipo de pele do pomerano, e, o segundo, às condições de trabalho e ao seu modo de vida.

Os pomeranos se conservaram à margem da miscigenação, e a sua cultura isolada colaborou para a manutenção das características cutâneas originais: uma pele alva e, portanto, altamente sensível à luz solar. Além das condições físicas, abandonaram o uso de

roupas longas e de chapéus de abas largas (SANTOS NEVES, 2003). Tais características justificam a vulnerabilidade biofísica do pomerano pois, conforme tabela abaixo, a pele desse imigrante corresponde à classificação de fototipo de pele de nível I e II que, em exposição constante à radiação solar, pode obter queimaduras e (ou) lesões destrutivas das camadas mais profundas da pele, que levam ao envelhecimento cutâneo.

Numérico	Fototipo de pele	Conseqüência da exposição solar
I	Pele clara, olhos azuis, sardentos e todas as crianças com menos de 1 ano.	Sempre queimam e nunca se bronzeiam.
II	Pele clara, olhos azuis, verdes ou castanhos claros e cabelos louros ou ruivos.	Sempre se queimam e às vezes se bronzeiam.
III	A média das pessoas brancas normais.	Queimam-se moderadamente, bronzeiam-se gradual e uniformemente.
IV	Pele clara ou morena clara, cabelos castanhos escuros e olhos escuros.	Queimam-se muito pouco, bronzeiam-se bastante.
V	Pessoas morenas.	Raramente se queimam, bronzeiam-se muito.
VI	Negros.	Nunca se queimam, profundamente pigmentados.

Quadro 1. Fototipos da pele para a população brasileira.

Fonte: **Sociedade Brasileira de Dermatologia**, 2007.

A radiação solar é de natureza eletromagnética e emite ondas infravermelhas e ondas ultravioletas⁶⁵. Estas últimas, em relação à altitude, produzem uma vermelhidão na pele, 4% mais a cada 300 metros de altitude acrescida. E, de acordo com seu comprimento, a onda ultra-violeta possui raios tipo A, B e C. O Ultra-Violeta A (UVA) penetra, profundamente, na pele, causando alterações que contribuem para o envelhecimento precoce e potencializam o efeito carcinogênico dos Ultra-Violeta B (UVB), que são os responsáveis por queimaduras solares e lesões cutâneas. Já os Ultra-Violeta C (UVC) não alcançam a superfície da terra, não tendo, portanto, efeitos sobre a pele (INCA, 1997).

⁶⁵ A radiação ultravioleta A (UVA), vizinha à luz visível, vai de 400 nm (nanômetros) até 320nm; a ultravioleta B (UVB) está entre 320nm e 290nm; e a radiação ultravioleta C (UVC) situa-se entre 290nm e 100 nm.

O nosso planeta possui uma proteção natural contra a radiação solar, chamada camada de ozônio⁶⁶, que fica na estratosfera, acima da superfície da terra. Mas o efeito nefasto da ação do homem sobre as florestas, com o desmatamento e as queimadas, bem como fazendo uso de produtos que emitem clorofluorcarbono, principalmente, através das indústrias, que também emitem outros gases poluentes, tem destruído, consideravelmente, essa proteção natural de nosso planeta e, como consequência, provocado o aquecimento global e o aumento da intensidade da radiação solar, com a perda de parte da proteção natural da Terra.

Segundo o Centro de Previsão do Tempo e Estudos Climáticos (CPTEC), do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), para medir a intensidade da radiação UV recebida pela superfície da terra e sua relevância quanto aos efeitos sobre a pele humana, tem-se adotado o índice ultravioleta (IUV), que é uma medida do valor máximo diário da radiação ultravioleta, ou seja, é o meio-dia solar, horário de máxima intensidade de radiação solar, que se concentra no intervalo de horário entre 11h30 e 12h30. É a hora máxima de iluminação solar. (MCT/CPTEC, s/d, texto *on-line*).

Os tipos de câncer de pele relacionados à intensidade da exposição à radiação solar são os basocelulares e espinocelulares. Quanto ao tipo melanoma, estudos epidemiológicos têm sugerido que o risco é influenciado mais por exposição intermitente ao sol, especialmente na infância, do que por exposição cumulativa, como ocorre com os primeiros tipos mencionados (INCA, 1997).

Os carcinomas basocelulares, em geral, são resultado das queimaduras provocadas pela radiação solar que, quando associada às características fenotípicas importantes de pele

⁶⁶ Vide nota 10.

clara, sardas antes de 15 anos de idade, olhos azuis e cabelos loiros ou ruivos, se tornam mais agressivas.

Esse tipo de câncer de pele é relativamente benigno, devido ao seu poder limitado de metastatização. Raro em negros e orientais, afeta mais homens do que mulheres, em qualquer faixa etária. Além da associação da ocorrência familiar de outro câncer de pele, há outros tumores malignos associados, numa frequência maior que os demais tumores malignos. Uma vez diagnosticado esse câncer, o paciente tem a probabilidade de 44% de recidiva. O maior fator de risco, para o câncer de pele, ainda, é a exposição solar.

As estimativas de câncer de pele, para o ano de 2006, no Brasil, foram de 116.640 novos casos, para não-melanoma, e de 5.760 novos casos, para melanoma. O câncer de pele não-melanoma é o mais incidente em homens, em todas as regiões do Brasil, com um risco estimado de 89/100.000, na região sul; 70/100.000, na região sudeste; de 52/100.000, na região centro-oeste; 44/100.000, na região nordeste; e 30/10.000, na região norte. Nas mulheres, é o mais freqüente, nas regiões sul (93/100.000), centro-oeste (73/100.000), nordeste (50/100.000) e norte (32/100.000) , enquanto, na região sudeste (69/100.000) o mesmo é o segundo mais freqüente (INCA, 2005).

No Espírito Santo, as estimativas, para 2006, são de 1.590 novos casos para não-melanoma e 110 para melanoma. O primeiro ainda continua sendo mais incidente, em ambos os sexos, mesmo considerando-se que esses índices podem estar subestimados, pelo fato de que muitas lesões suspeitas são retiradas sem diagnóstico. Embora de baixa letalidade, em alguns casos, pode levar a deformidades físicas e ulcerações graves, conseqüentemente, onerando os serviços de saúde. É quase certo que exista um considerável sub-registro, devido ao sub-diagnóstico, e, também, por ser uma neoplasia de excelente

prognóstico, com taxas altas de cura completa, se tratada de forma adequada e oportuna (INCA, 2005).

O melanoma de pele é menos freqüente do que os outros tumores de pele (basocelulares e de células escamosas); porém, sua letalidade é mais elevada. Tem-se observado um expressivo crescimento na incidência desse tumor, em populações de pele branca. Quando os melanomas são detectados, em estádios iniciais, os mesmos são curáveis (INCA, 2005).

As formas de prevenção ao câncer de pele estão relacionadas à proteção à exposição solar, como o uso de chapéus, guarda-sol, óculos escuros e filtro solar, durante qualquer atividade ao ar livre, além de evitar a exposição ao sol, nos horários de maior intensidade de radiação, entre 10 e 16 horas. Grandes altitudes requerem cuidados extras, devido à maior exposição. A neve, a areia branca e as superfícies pintadas de branco são refletoras dos raios solares. Portanto, nessas condições, os cuidados devem ser redobrados. Considerando que alguns tipos de câncer de pele resultam do efeito acumulativo da radiação solar, cabe iniciar os cuidados, desde a infância mais precoce.

No que tange aos aspectos sociais do pomerano, identificamos que esse povo, quase nunca, conseguiu fazer a sua própria história, de forma plena. Outros a fizeram, manipulando-os, politicamente. Seu desenvolvimento socioeconômico está muito ligado ao seu apego às tradições herdadas de seus antepassados europeus, que, por vezes, os levam a um cego conservadorismo (RÖLKE, 2002).

O desenvolvimento social desse povo, também, está conectado aos primeiros imigrantes aportados, no Brasil, os quais eram, em sua maioria quase absoluta, agricultores, oriundos da região agrícola da *Hinterpommern* (Pomerânia Posterior); e os que não eram

agricultores, diziam-se sê-lo, para conseguir terras junto ao governo da Província Capixaba (JACOB, 2002).

A adaptação ao clima e à cultura tropical eram desafios constantes, na vida dos pomeranos recém-chegados, pois estavam acostumados com o clima frio e brumoso da Europa. Outro desafio era o relevo inclinado e alto das montanhas capixabas, muito diferente das terras baixas e planas da Pomerânia. As matas fechadas, com os animais ferozes, e as doenças tropicais também dificultavam a adaptação dos pomeranos e o preparo da terra para o cultivo (JACOB, 2002).

Na agricultura, cultivavam a mandioca, a batata doce, o café e a banana, diferentemente do costume do cultivo de cereais e batata inglesa praticado nas terras européias. Isso provocou mudanças no hábito alimentício dos pomeranos, que, antes, comiam o brote de trigo (*veitbrout* – pão típico da cultura pomerana), tendo que adaptá-lo para brote de milho (*mihja brout*).

Outros fenômenos aos quais os pomeranos tiveram que se adaptar foram: o calor, provocando mudanças, nos hábitos desse povo, que passou a usar vestimentas mais leves e abertas, deixando a sua pele clara mais exposta ao sol; e o medo dos animais ferozes, fazendo com que eles construíssem suas casas a relativa altura do chão, para deles se protegerem. Tais características são mantidas, até os dias atuais, principalmente, nas áreas mais rurais das colônias pomeranas (JACOB, 2002).

Os lavradores pomeranos são homens, mulheres e crianças, que, desde os 8 ou 9 anos de idade, estão na lida. Trabalham juntos, em família, fortalecendo, desse modo, esses laços. Alguns não conseguem nem ter tempo para aprender o português, e quem termina o primeiro ciclo do ensino fundamental sacrifica os estudos, em nome do trabalho, que, no

início da colônia, era organizado da seguinte forma: plantavam e colhiam, para o dono da terra, e eram pagos com alimentação e moradia. Nas últimas décadas, já se percebe um sistema de trabalho para subsistência e comercialização, por meio do arrendamento ou compra da terra.

Eles se submetem a uma jornada de trabalho, em média, de 10 a 12 horas, por dia, período em que também estão expostos à radiação solar e aos agentes químicos dos agrotóxicos. A primeira é considerada o fator principal para o câncer de pele, que é o tumor maligno mais freqüente, em países tropicais, como o Brasil.

Vale ressaltar que, segundo as estimativas do INCA (2005), o câncer de pele é o tipo com maior incidência, no Brasil, principalmente, na região sudeste, onde se concentra o seu maior pólo de notificação, sendo responsável por cerca de 47,2% de casos novos estimados, para câncer de pele não-melanoma, e 54,5% dos estimados para melanoma. Esses números não surpreendem, se considerarmos que, historicamente, essa região é a maior agroexportadora do país e que, nela, também, se concentram os maiores complexos urbanos e industriais brasileiros, bem como as colônias de imigrantes.

Além de ser a principal fonte da economia pomerana, a agricultura faz parte da vida desses imigrantes, que acabam encarando a lida na lavoura como um lazer. O câncer vem trazer a eles a exclusão da sua principal atividade. O trabalho na lavoura valoriza o pomerano, dando-lhe um “lugar no mundo”. O câncer de pele tira do pomerano o seu papel social de trabalhador, de integrante da sociedade e mantenedor de seu lar. A repercussão dessa doença, na vida do pomerano, traz-nos uma reflexão sobre os efeitos do câncer, no cotidiano do trabalhador (ROJAS, 2002).

Na literatura sobre a relação câncer e trabalho, pouco identificamos publicações que correlacionem o câncer de pele ao agricultor; apenas, encontramos estudos direcionados a outros tipos de câncer ou mesmo os relacionados a substâncias químicas e radiológicas. Contudo, numa visão ampla sobre a questão de fatores semelhantes, nossa constatação demonstra um ponto em comum entre todos os tipos de câncer, na sua relação com o trabalho: a pouca importância dada, pelos empregadores e pelo Estado, ao combate e à prevenção da doença e ao trato das seqüelas que ela deixa, no contexto de vida do trabalhador.

Em grande parte, tais seqüelas estão representadas pelo ônus físico de incapacitação laborativa; psicológico, devido a tensão, angústia e sofrimento gerados pela doença; e socioeconômico, produzido pela interferência no trabalho, ou mesmo a mudança na prática laborativa, com diminuição salarial.

Diante disso, podemos identificar duas situações que merecem a nossa atenção. Uma está relacionada à saúde do trabalhador pomerano, e a outra, à segurança no trabalho. Ambas vinculadas aos direitos sociais.

No que tange à saúde do trabalhador, identificamos uma super-exploração do trabalho do lavrador, bem como a precariedade e a insalubridade de sua atividade laboral. No campo, o lavrador está exposto a doenças, que são transmitidas por parasitas, insetos e outros animais.

No passado sanitário dessa população, há relatos de inúmeros casos de febre amarela, tifo, leishmaniose, de vítimas de picadas de cobras, de doenças de pele conhecidas como as “feridas do clima” (tumores de câncer de pele), de casos provocados pelas freqüentes pragas de carrapatos, moscões e dermatófilos, além do alto índice de verminoses,

que tinham como vítimas principais as crianças (SANTOS NEVES, 2003). Todas ligadas às atividades laborativas, no campo.

Na contemporaneidade, as doenças infecto-parasitárias e respiratórias se destacam, como as principais doenças nas colônias pomeranas, do estado do Espírito Santo, e sua vinculação às atividades da lavoura não são remotas (SESA, 2007).

Tais fatores nos remetem à análise realizada por Soares (2006), sobre o trabalho na sociedade capitalista. Nesta, cuja regra é a acumulação de capital, ele identifica que o trabalhador é obrigado a vender a sua força de trabalho, em troca de um salário, o que se configura como seu meio de sobrevivência. Assim, a saúde é de extrema importância, para esse trabalhador, pois, sem ela, ele não pode vender sua força de trabalho, não produzindo acumulação de capital e, portanto, não se enquadrando na dinâmica da sociedade capitalista, tornando-se um dependente da caridade e dos programas de assistência social, perdendo o seu papel social. Conseqüentemente, é colocado à margem das relações de produção e tratado como um “parasita” das políticas públicas.

“[...] com o modo de produção capitalista se desenvolve a força produtiva social de trabalho, cresce também frente ao trabalhador a riqueza acumulada, como riqueza que o prima, como capital [...] e na mesma proporção se desenvolve por oposição sua pobreza, indigência e sujeição subjetiva.” (MARX *apud* IAMAMOTO, 2001, p. 62).

No que se relaciona à segurança no trabalho, o pomerano, assim como outros trabalhadores rurais, não possui qualquer tipo de garantia de suas atividades laborais. Muitos não possuem vínculos empregatícios e, muito menos, seguros previdenciários.

A Previdência Social, que, no Artigo 194, da Constituição Federal, de 1988, é arrolada como uma das bases do tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e a

Assistência Social, funciona como um seguro social contributivo. “*Os planos de previdência social, mediante a contribuição, [...]*” (art. 201; grifos nossos).

Logo, se o trabalhador contribui para Previdência Social, poderá receber algum benefício vitalício, caso este se enquadre nos critérios de invalidez, incapacidade temporária ou tempo de contribuição, regidos pelo sistema previdenciário. Assim, resta ao trabalhador não-contribuinte ou continuar trabalhando, mesmo sendo portador de uma doença incapacitante e exaustiva, como o câncer, ou sujeitar-se aos programas sociais assistenciais e de filantropia, deles tornando-se dependente.

Vale ressaltar que mesmo os programas de atenção ao trabalhador rural, da Previdência Social, são intensamente burocratizados, de difícil acesso e de pouco conhecimento dos trabalhadores que estão no campo.

Diante desse quadro, identificamos que o pomerano é um povo vulnerável não somente ao câncer, mas a outras doenças relacionadas ao seu estilo de vida e de trabalho e traz, na pele, marcas dessa vulnerabilidade, pouco assistida pelo Estado.

Em um estudo sobre a saúde dos lavradores pomeranos, encontramos, nos 11 principais municípios de colonização pomerana – Laranja da Terra, Domingos Martins, Santa Maria de Jetibá, Vila Pavão, Itarana, Itaguaçu, Afonso Cláudio, Vila Valério, Baixo Guandu, São Roque do Canaã e Pancas –, apenas uma ação de combate ao câncer de pele e de atenção específica aos lavradores pomeranos, que teve como precursora a Igreja Evangélica de Confissão Luterana do Brasil (IECLB): o Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo, o qual realiza atendimento, uma vez por ano, nos referidos municípios, com o objetivo de rastrear e combater o câncer de pele, entre os pomeranos.

4.3 Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo

No final da década de 1960, devido à iminência de implantação da empresa Aracruz Celulose, no estado do Espírito Santo, levantou-se a discussão sobre o desmatamento, no estado. Uma campanha muito séria contra o desmatamento e em prol da plantação de uma floresta homogênea, liderada pelo ecologista Augusto Rusch, destacava as conseqüências ecológicas desse problema. Foi nesse momento que o ecologista observou casos de câncer de pele entre os pomeranos e os encaminhou ao professor de dermatologia, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Dr. Douglas Puppim, que já observava e documentava tais casos, na época.

No decorrer dos anos, o jornalista Rogério de Medeiros, do Jornal do Brasil, publicava algumas matérias, envolvendo a temática do câncer de pele entre os pomeranos. Em 1978, foi publicado, nesse mesmo jornal, um artigo intitulado “Câncer Ecológico” que, mais tarde, nos anos de 1991 e 1992, foi reeditado, em outros periódicos nacionais e até internacionais. Esse artigo foi considerado um “boom”, pois tratava de uma relação de causa e efeito entre o desmatamento e a ocorrência do câncer de pele, entre os pomeranos do interior do estado do Espírito Santo. Mas vale ressaltar que o desmatamento não seria a única causa desse tipo de câncer e que ele era feito, apenas, em favor da agricultura (SANTOS NEVES, 2003).

Todavia, somente a partir de 1986, o Dr. Carlos Cley Coelho começou a observar a presença de pacientes pomeranos, em grandes quantidades, no Ambulatório de Dermatologia, do Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes (HUCAM). Eles eram trazidos por um agente de saúde chamado Arlindo Lagass, da Associação Albergue Martim Lutero, localizada em um bairro da cidade de Vitória, que foi fundado por iniciativa

da liderança da Igreja Luterana, que, há tempos, já havia percebido as dificuldades dos pomeranos em buscar assistência médica, sozinhos, na cidade de Vitória. Diante disso, resolveu auxiliá-los, colocando à sua disposição um “guia” que falasse alemão, português e o dialeto pomerano. Os pomeranos quase não falavam o português e não conheciam a cidade, o que justificava a necessidade do guia, e, por isso, era recomendado que ficassem de mãos dadas, para que não se perdessem.

Cabe relatar que, antes da iniciativa da Igreja Luterana, os pomeranos eram lesados por um comércio de transporte e assistência médica. Segundo ROJAS (2002), como eles não tinham onde ficar e nem como ir à cidade de Vitória, para se consultar, pagavam pessoas, que viviam em suas comunidades ou nos arredores, para que os levassem até a capital. No entanto, essas pessoas, para conseguirem mais dinheiro dos imigrantes, ao invés de levá-los aos hospitais públicos, os encaminhavam às hospedagens e a médicos particulares, já que esses transportadores ganhavam comissões, com esse mercado de hospedagem e atendimento médico.



Figura 5. **Associação Albergue Martim Lutero.**
Fonte: Arquivo pessoal do pesquisador (fotografia).

Os pomeranos, quando chegavam ao ambulatório, já apresentavam um grau avançado de câncer de pele e, por isso, eram encaminhados ao Hospital do Câncer Santa Rita de Cássia, onde o agendamento das consultas, quando o conseguiam, era feito para meses depois, o que os levava ao desespero, por não verem alternativas além da de conviver com a doença.

Daí, surgiu a iniciativa do Dr. Carlos Cley de propor, à Pró-Reitoria de Extensão, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), um projeto de educação preventiva do câncer de pele, com os pomeranos capixabas, nas comunidades do interior. O projeto teve início, com dez alunos da universidade, que faziam viagens para vinte municípios do interior, dentre eles os de Santa Maria de Jetibá, Laranja da Terra, Afonso Cláudio, Itaguaçu, Itarana, Baixo Guandu e Vila Valério. Contavam com apoio das paróquias da Igreja Luterana, as quais forneciam o acolhimento da equipe, providenciavam local para atendimento – geralmente, nas dependências da Igreja – e auxiliavam na tradução do dialeto e na esquematização da programação e na organização das viagens e do atendimento aos pacientes.

O projeto teve início, no ano de 1987. Desde então, a cada dia, uma conquista se fazia presente, e o projeto evoluía, em grandes proporções. Aos poucos, adquiriu mais recursos, recebeu apoio de voluntários e de mais profissionais. Em 1989, o Dr. Carlos Cley Coelho apresenta, à Secretaria Estadual de Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA), uma proposta de trabalho interinstitucional para o controle do câncer cutâneo, nas comunidades rurais colonizadas por descendentes de imigrantes pomeranos. Tratava-se de um projeto de extensão universitária, com o objetivo geral de subsidiar a Divisão Estadual de Dermatologia Sanitária na implantação de uma rede de controle do câncer cutâneo, naquelas comunidades.

A SESA aceita essa proposta de trabalho e estabelece a primeira parceria com a UFES e a Igreja Luterana, disponibilizando carro para locomoção aos locais de atendimento, no interior, medicamentos e recursos humanos – que incluíam um médico cirurgião plástico e, posteriormente, uma dermatologista (ROCHA, 2002).

Assim prosseguiu, até o ano de 1998, quando a SESA, por meio do Instituto Estadual de Saúde Pública, a Associação Albergue Martim Lutero, a Universidade Federal do Espírito Santo, esta última através do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, do Centro Biomédico e da Pró-Reitoria de Extensão, e as secretarias municipais de Saúde dos onze municípios prioritários assinam novo convênio, objetivando a realização do programa de extensão intitulado ASSISTÊNCIA DERMATOLÓGICA AOS LAVRADORES POMERANOS NO INTERIOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, que tem como meta principal atender à população pomerana de onze municípios do Estado do Espírito Santo, no intuito de prevenir a incidência de câncer de pele, comum nessa população (ANEXO 2).

Foram assinados onze convênios, com os onze municípios considerados prioritários para a prevenção e controle do câncer de pele. Cada município possui área específica para ação do programa. As localidades cobertas por ele são: distrito de Palmeira de Santa Joana (localizado no município de Itaguaçu); sede do município de Itarana; distrito de Lagoa Serra Pelada (localizado no município de Afonso Cláudio); sede do município de Vila Valério; distrito de Crisciúma (localizado no município de Laranja da Terra); distrito de Garrafão e na sede do município de Santa Maria de Jetibá; sede do município de Baixo Guandu; sede do município de Vila Pavão; distrito de Laginha de Pancas (localizado no município de Pancas); distrito de Paraju e na sede do município de Domingos Martins; sede do município de São Roque do Canaã.

No mês de junho, do ano de 2003, a Secretaria Estadual de Saúde renovou, por mais cinco anos, o convênio para efetivação do “Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos no Interior do Estado do Espírito Santo”, precisamente, nos mesmos 11 municípios, e mantendo-se as mesmas parcerias do convênio inicial.

O programa funciona da seguinte forma: é realizada uma visita anual, por localidade, em finais de semana, cumprindo uma carga horária de oito horas, no sábado, e quatro horas, no domingo. Há um cronograma anual para viabilizar a divulgação da presença da equipe do programa à população, feita pelas paróquias luteranas locais e secretarias municipais de Saúde, e contando, às vezes, com deslocamento de pessoas dos distritos vizinhos, em ônibus fretado por essas instituições.



Figura 6. Sala de atendimento, com os acadêmicos de medicina.
Fonte: Acervo pessoal do pesquisador (fotografia).

ROCHA (2002) descreve como é a atuação do Programa, nos dias de atendimento, no interior do Estado. O atendimento se inicia, aos sábados, às 8h30, com uma média de vinte estudantes de medicina, da UFES, distribuídos em mesas individuais, na sala destinada à consulta clínica. É o primeiro contato com a queixa do paciente. Após escreverem o histórico do paciente, no prontuário da unidade de saúde ou do arquivo local do programa, examinam toda a extensão do tegumento cutâneo, sendo sempre valorizados os locais de maior exposição solar. Como o programa é de extensão universitária, todos os pacientes examinados pelos estudantes são encaminhados a um dos três dermatologistas, que irá falar do quadro dermatológico do paciente, ensinando sinais e sintomas de qualquer lesão ali surgida, firmando, assim, o diagnóstico clínico e a conduta terapêutica a ser seguida. É o momento de aprendizagem e da elucidação diagnóstica.

Todo o diagnóstico de câncer de pele é encaminhado para a sala de cirurgia, anexa à sala do atendimento clínico e onde atua outra equipe, composta, em média, por 10 estudantes de medicina que já passaram pela cadeira de cirurgia, da UFES. Após avaliação cirúrgica, realizada por um dos dois cirurgiões da equipe do programa, ocorre a exérese⁶⁷ da lesão com a hipótese clínica de câncer de pele. É o momento da cura, no qual se destaca a resolutividade desse programa de rastreamento: diagnóstico feito e cirurgia realizada. Exceções ocorrem, pois alguns pacientes podem possuir lesões que mereçam encaminhamento para centros mais especializados, devido ao seu tamanho ou mesmo à possível gravidade clínica e decorrente necessidade de radioterapia. Toda lesão retirada cirurgicamente é encaminhada para exame histopatológico, no HUCAM, para a confirmação do caso de câncer de pele.

⁶⁷ **Exérese** é uma manobra cirúrgica utilizada para retirar uma parte ou a totalidade de um órgão ou tecido visando a finalidade terapêutica. Engloba vários procedimentos cirúrgicos, por exemplo: remoção de lesões patológicas, osteotomias, curetagens, exodontias etc.



Figura 7. **Sala improvisada para cirurgia (1), na sede de Santa Maria de Jetibá.**
Fonte: Acervo pessoal do pesquisador (fotografia).



Figura 8. **Sala improvisada para cirurgia (2), na sede de Santa Maria de Jetibá.**
Fonte: Acervo pessoal do pesquisador (fotografia).

Essa parceria entre universidade federal, estado, município e igreja mantém um hospital-acampamento improvisado, em escolas, postos de saúde, igrejas ou salões paroquiais, onde são realizadas consultas e procedimentos cirúrgicos, em uma média de 500 pessoas, por local, chegando à média anual de cinco mil consultas, novecentas pequenas

cirurgias e oitocentas e cinquenta eletrocauterizações (ROJAS, 2002). Os resultados desse programa são bastante positivos, conforme depoimento de vários observadores e médicos. Identifica-se uma diminuição na gravidade dos casos, bem como uma procura maior por orientações e tratamento, até mesmo de pequenas dermatoses que aparecem no corpo (SANTOS NEVES, 2003).

Nessa parceria, as responsabilidades estavam divididas entre as três esferas da seguinte forma:

— à UFES, através da Pró-Reitoria de Extensão, cabe: executar o cronograma anual de atividades; assumir a orientação técnico-científica dos acadêmicos e médicos residentes participantes; promover reuniões de acompanhamento e avaliação das atividades; fornecer diárias aos professores e demais componentes da equipe da UFES, quando do deslocamento para o interior e(ou) a participação em eventos científicos, para a divulgação do trabalho. Por meio do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), fornecer o material gráfico e cirúrgico de consumo necessário; realizar exames histopatológicos das biópsias; transferir, à Associação Albergue Martin Lutero, 60% do valor das consultas e demais procedimentos (conforme tabela do SUS, a ser colocado à disposição dos profissionais de saúde interessados e necessários ao programa); destinar áreas para a realização de atendimento ambulatorial de apoio às atividades extra-muros; apoiar, através do Centro de Estudos, o preparo de trabalhos científicos e publicações. Através do Centro Biomédico, cabe incluir a participação no programa, como atividade optativa na residência de Clínica Médica e Cirúrgica.

— à Secretaria de Estadual de Saúde, por meio do IESP, cabe disponibilizar profissionais de seus quadros, interessados e necessários ao programa; fornecer dois ou mais veículos para transporte dos profissionais, seus e(ou) do HUCAM, e mais dois veículos para

transporte dos acadêmicos, por ocasião das viagens ao interior; fornecer medicamentos específicos, para distribuição aos pacientes atendidos; registrar, analisar e disponibilizar dados epidemiológicos coletados, durante o desenvolvimento do programa.

— a Associação Albergue Martin Lutero é responsável por manter e fazer adaptações das instalações utilizadas, nos postos de atendimento; guardar e zelar pelos arquivos, móveis e outros utensílios; garantir hospedagem e alimentação para os acadêmicos, durante as viagens; reunir voluntários e colocá-los à disposição do programa, durante as suas atividades ao interior.

— As prefeituras devem cooperar com as diretorias das respectivas paróquias, no alojamento e alimentação dos acadêmicos; fornecer o material cirúrgico complementar, permanente ou descartável, necessário; fornecer combustível para os veículos, utilizados no transporte da equipe em seu retorno a Vitória; disponibilizar profissionais da área de saúde, especialmente médicos, de seus quadros, durante o atendimento; divulgar as atividades do programa junto à população dos municípios envolvidos; prover transporte dos enfermos até o local de atendimento; colocar uma ambulância à disposição do programa, para transporte de pacientes idosos e (ou) submetidos a cirurgias de maior porte; fornecer medicamentos para distribuição entre os pacientes atendidos.

As parcerias representam a união das forças do estado com a sociedade civil, em prol da saúde de uma coletividade. Não somente este é o ponto positivo do programa. Nele, encontramos uma base para o desenvolvimento integrado de atividades de ensino, pesquisa e extensão, fundamentadas na universidade, o que pode propiciar a análise dos dados coletados e dos casos identificados e estudados, nos atendimentos, além de formar profissionais especializados na detecção e tratamento do câncer de pele. Outro fator bastante interessante é a ação da Igreja Luterana, pois esta assume grande responsabilidade, ao

absorver o papel do Estado, e é a grande responsável pelo elo entre o programa e a comunidade.

Contudo, esse programa é uma estratégia pontual, de iniciativa de uma instituição religiosa, que, aos poucos, ganhou aliados, na sua trajetória em busca da promoção da saúde de uma população distante e isolada dos serviços de saúde. Por isso, não atende a toda a demanda de saúde da população pomerana, e nem mesmo seria o seu objetivo. Todavia, uma indagação permeia o programa: esse modelo é o ideal para ser adotado como política pública de atenção oncológica? Há que se considerar que o referido programa não remete a um desdobramento, dentro dos municípios em que se realiza, pois muitos deles não possuem profissionais especializados para dar continuidade aos objetivos traçados pelo programa.

O desenho da rede de atenção oncológica prevê fluxos bem definidos e garantia de encaminhamento, desde o nível de atenção primária até os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Porém, o único hospital de referência estadual em oncologia é o Hospital Santa Rita de Cássia, que se situa na cidade de Vitória, a centenas de quilômetros de distância desses municípios.

Assim, as questões relacionadas ao acesso aos serviços permanecem. E os demais tipos de câncer, como são tratados, nesses municípios? Como é feito o rastreamento de câncer, nessas localidades? Embora as estimativas sejam baixas, no estado, é preciso propor e executar políticas públicas eficazes, compreendendo prevenção, combate, detecção e tratamento do câncer, que sigam a integralidade das ações, sem limitá-las a “pacotes” ou “projetos” individuais, como temos visto nas propostas de políticas sociais desse país.

CAPÍTULO 5



A cada reflexão
um passo para uma nova luta

“A existência concreta e objetiva de uma possibilidade não equivale, necessariamente, à sua conversão em efetividade; a passagem de uma possibilidade à efetividade demanda a complexa intervenção da atividade organizada dos homens” (Netto, 1998).

CAPÍTULO 5

A CADA REFLEXÃO UM PASSO PARA UMA NOVA LUTA

Como já explicitado, o câncer é uma doença crônico-degenerativa com especificidades que levam não somente o paciente, mas também o seu ciclo de convivência a sofrer com suas seqüelas. Embora não ter sido encontrada a cura para essa doença, é possível identificar uma grande evolução na sua busca. Algumas terapêuticas têm revelado bons resultados no controle e na extirpação do tumor, em sua fase primária. Contudo, para que o paciente chegue ao tratamento precoce da doença, ele necessita de políticas sociais efetivas e eficientes, que lhes garantam o acesso aos serviços de saúde.

Na contextualização das políticas sociais brasileiras, é possível verificar as ações nefastas de um sistema pautado pela concretização do neoliberalismo, viabilizando o fortalecimento do setor privado e desprezando as conquistas expressas nos direitos sociais, fragmentando-os e (ou) extinguindo-os, por meio de programas sociais pobres, destinados aos mais desprovidos da sociedade, como se fosse uma esmola para um indigente. A política de Saúde não revela um quadro diferente; pelo contrário, segue a cartilha de desmonte de direitos, de maneira tão perversa, que faz do SUS, que possui credibilidade popular, por ser um símbolo de conquista dos movimentos sociais, um instrumento de manipulação que inviabiliza esses direitos por meio de emendas constitucionais, decretos e leis.

Nesse contexto, a atenção oncológica, dentro do seu processo de descentralização das ações, assume perfil que exclui população mais carente a qual, na realidade vivida pelo paciente, não encontra manifestações dessas ações governamentais.

Diante disso, este capítulo discorre sobre as reflexões e debates surgidos, durante a pesquisa, reunindo as características descritas acima e analisando-as, no contexto de realidade de um programa de atenção oncológica aos pomeranos, do interior do estado do Espírito Santo, revelando os efeitos dessas características e as estratégias criadas pelo desejo humano de auxiliar aos que das políticas públicas de Saúde brasileiras necessitam, refletindo-se numa verdadeira luta contra a morte física e a dos direitos sociais.

5.1 Reflexões

A contextualização das políticas sociais, tanto no âmbito nacional quanto no internacional, nos suscita reflexões sobre a sua nova face assumida com absorção dos discursos e práticas neoliberais. Contudo, para nos remetermos a elas, dada a amplitude das políticas sociais, não teríamos fôlego nem espaço, neste estudo. Portanto, vamos nos reportar, apenas, às reflexões sobre a atenção oncológica – parte das políticas de Saúde – que se dá através do Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Interior do Estado do Espírito Santo, cujo objetivo de rastrear e combater o câncer, entre os pomeranos, nesse estado, revela experiências notáveis sobre a dinâmica imposta e exposta nessa face das políticas sociais.

De início, cabe delimitar o espaço de nossas reflexões; em seguida, indicar os passos rumo à realidade da atenção oncológica prestada em um “depacinho” do Brasil, mas que, sem dúvida, é repetida em vários outros. A primeira parte está relacionada ao câncer de pele, nos cenários nacional e capixaba; e a segunda trata dessa doença, em relação aos pomeranos e seu estilo de vida e de trabalho.

Antes, porém, cabe enunciar que o pomerano possui um estilo de vida baseado nas tradições que permeiam a sua cultura e a sua história. O seu jeito calado e desconfiado de ser se deve à trajetória de sua vida e de seus ancestrais, nesta terra, que, para eles, outrora, era desconhecida. Esse fato dificultou um pouco o trabalho de pesquisa, pois não foi possível realizar entrevistas gravadas, ou mesmo anotadas, com eles; por isso, foi utilizada uma abordagem dialógica dos pomeranos, que propiciou conhecer um pouco mais sobre suas características e demandas sociais.

No que tange ao câncer de pele, apesar de não ser notificado, continuamente, é uma doença, cujas estimativas do INCA (2004; 2005) revelam-no como o primeiro e maior em incidência, no país. Existem dois tipos específicos de câncer de pele: o melanoma e o não-melanoma. O primeiro possui notificação, nos registros hospitalares de câncer, pois é o mais agressivo e seu tratamento depende de procedimentos de alta complexidade, como radioterapia, quimioterapia e cirurgias mais profundas, e, portanto, um acompanhamento mais contínuo e minucioso; os seus números de incidência não são altos, em relação aos demais tipos de câncer. Possui maior letalidade, quando comparado ao outro tipo de câncer de pele, e tem-se observado um aumento em seus índices de acometimentos em pessoas de pele branca (INCA, 2005).

Já o câncer de pele não-melanoma não requer uma notificação compulsória, é o mais incidente, no país, possui baixa letalidade e, geralmente, é tratado nos ambulatórios de dermatologia e de pequenas cirurgias. Sua gravidade é medida pelo tempo e extensão da lesão por ele provocada, que pode resultar em deformidades físicas. É quase certo que exista um considerável sub-registro, devido ao sub-diagnóstico e, também, por ser uma neoplasia de excelente prognóstico, com altas taxas de cura completa (INCA, 2005).

Com base no gráfico abaixo, que compara as taxas de incidência de câncer de pele, podemos constatar que a soma dos casos de câncer de pele não-melanoma com os de melanoma retratam cerca de 34% do total dos casos novos previstos de outros tipos de câncer, para o ano de 2005, e 35%, para ano de 2006, dados que confirmam o alto índice da doença em nosso país. Observe-se:

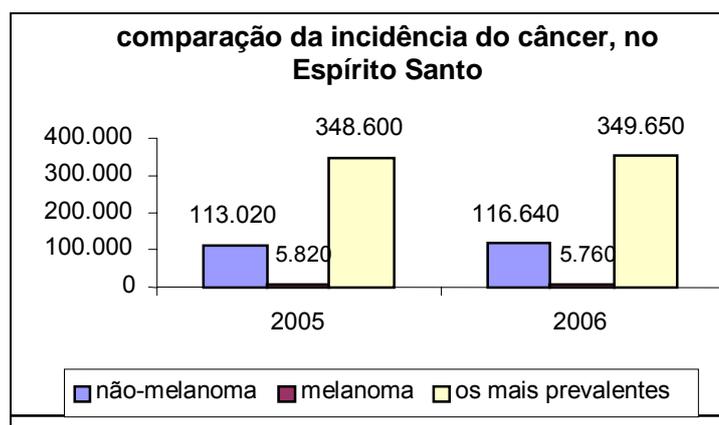


Gráfico 1. **Comparação de incidência de câncer, no Estado do Espírito Santo.**
Fonte: INCA, 2005; 2006.

No estado do Espírito Santo, o índice dessa doença representa cerca de 15% do total de casos de câncer estimados para 2005 e, de 19,6%, em relação ao ano de 2006. Podemos constatar, também, que o número previsto para melanoma permanece estável, nos dois anos, enquanto o de não-melanoma cresce, estimando 430 casos novos, para 2006. Mas, em relação ao total de outros tipos de câncer incidentes no estado, o câncer de pele (leia-se: melanoma + não-melanoma) representa cerca de 17,7% dos números estimados, em 2005, e 24,3% dos estimados para 2006.

Esse fato nos leva à reflexão de que o câncer de pele é uma doença que exhibe números em um crescimento relevante, no estado, devendo ser alvo de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e de combate contínuos da doença. Portanto, as três esferas de governo envolvidas na atenção à saúde não podem esquecer o seu compromisso para com a

população nem adotar uma “escolha de Sofia”, como têm revelado suas tendências atuais, mas realizar ações de integralidade e de resultados imediatos, em relação ao câncer de pele. Campanhas e programas focalizados amenizam, por vezes, a questão, mas não a sana

Tabela 2. Incidência de câncer no Espírito Santo

Tipo de câncer	2005	2006
Melanoma	110	110
Não-Melanoma	1160	1590
Outros tipos de câncer	7160	6990
Total	8430	8690

Fonte: **INCA**, 2005; 2006.

O quadro exibido se torna mais sombrio, quando o relacionamos aos pomeranos. Desde a década de 1970, encontramos um despertar de estudos sobre a relação desses imigrantes com o câncer de pele. Nesses estudos, foi identificado que os pomeranos, em sua maioria, são portadores dos fototipos I e II de pele, e, portanto, possuem maior sensibilidade aos raios ultravioleta e, conseqüentemente, uma necessidade de uso contínuo de medidas preventivas dessa doença.

A “Pesquisa de Câncer Cutâneo: 1990 – 1995” (Anexo 3), realizada pelo Programa de Assistência Dermatológica, no período indicado, aponta que, do total de 10.354 pomeranos, apenas 2.412 faziam uso de algum tipo de proteção contra o câncer de pele, dentre elas o chapéu, a mais usada. Outras medidas, também, são adotadas, como o uso de protetor solar e de roupas longas.

Considerando que o principal fator de risco para o câncer de pele é a radiação solar e que o fototipo de pele pomerana é o mais propício a essa doença, o uso de roupas longas e

de protetor solar, além de chapéus de abas largas, são fundamentais para a sua prevenção. Contudo, é visível, nas ruas das cidades pomeranas, homens de bermudas, bonés, sem camisa ou usando regatas; e as mulheres, mais usando bermudas e camisetas, ou roupas mais curtas; e poucas usam algum tipo de chapéu. Ou seja, roupas que se transformam em aliadas do fator de risco propagador da doença. Como resposta a essa questão, os pomeranos se justificam pelo intenso calor que faz, na região onde moram.

E eles não estão errados. A mídia, constantemente, tem trazido reportagens sobre o aquecimento global e as mudanças climáticas, na contemporaneidade. Mas o intenso calor do centro-norte capixaba não é um debate que só agora emergiu. Esse fator resulta de um fenômeno, produzido pelo homem, nas décadas de 1960 e 70, e, atualmente, mais controlado, considerado o grande responsável pelo aumento da intensidade da radiação solar, nessa região: o desmatamento. Os números são mais devastadores do que parecem. A cobertura florestal da região, antes ocupando uma área de 18.300 km², foi reduzida a não mais que 400 km². O rio Doce, a principal referência fluvial da região, que, antes, era caudaloso, está assoreado e com sua fauna consideravelmente reduzida.

Esses fatores naturais, aliados à ação humana, produzem, nos pomeranos, condicionantes favoráveis à propagação de doenças dermatológicas, como as fotodermatoses (consideradas um tipo de ulceração pré-cancerosa) e o câncer de pele, fazendo deles e das regiões onde moram, grupos e áreas de alto índice de risco para o câncer de pele.

Esses fatores combinados contribuem, seguramente, para expansão de casos de câncer, no estado. Segundo os relatórios produzidos pela Associação Albergue Martim Lutero, sobre o Programa de Assistência Dermatológica aos Pomeranos do Interior do Estado do Espírito Santo, no corrente ano, até o mês de junho, foram detectados 260 casos

de suspeitas de câncer; mais que a metade das suspeitas detectadas, em 2006, que foram 358. (Anexo 4).

Se relacionarmos o quantitativo apontado pelo Programa ao total de incidências, para o ano de 2006, teremos que, aproximadamente, 17% dos casos previstos para o estado do Espírito Santo são detectados em pomeranos. Cabe ressaltar que os dados apresentados se referem, apenas, ao total atendido pelo Programa mencionado, o que nos traz a possibilidade de que esse quantitativo seja ainda maior do que o apontado, em relação ao ano de 2006. Sendo assim, podemos considerar que cerca de 1/5 dos casos de câncer de pele, no estado capixaba, acomete os pomeranos.

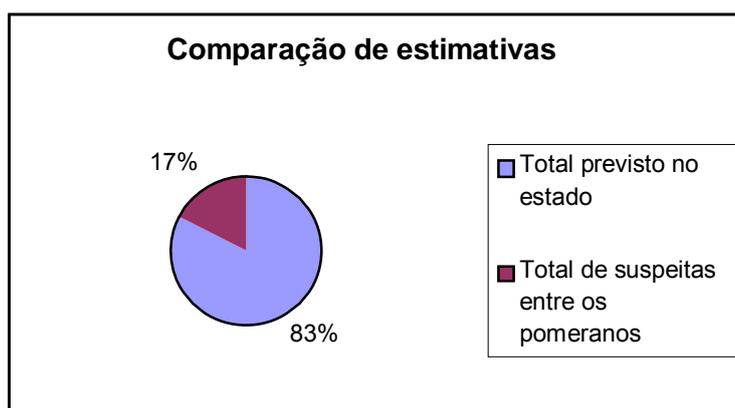


Gráfico 2. Comparação de estimativas estaduais de suspeitas de câncer para o ano de 2006.

Fonte: INCA, 2005.

Diante do exposto, surge-nos a necessidade de verificarmos as ações governamentais e não-governamentais em relação ao fato apresentado, pois, no estado do Espírito Santo, atualmente, existem 120 mil pomeranos, aproximadamente, 4% do total da população capixaba, o que alerta para a maior precisão de intervir nesse casos novos da doença, em terras capixabas.

A terceira reflexão a que este estudo nos leva corresponde ao tipo de trabalho da maioria dos pomeranos. Ao nos remetermos à Pesquisa de Câncer Cutâneo, anteriormente citada, identificamos dois tipos de atividade laborativa que expõem o pomerano a fator de risco de câncer. A referida pesquisa aponta que a maioria dos pomeranos são lavradores e pedreiros. Nas abordagens dialógicas que fizemos, identificamos outras atividades, como a de pecuaristas. Essas três profissões fazem dos seus executores pessoas expostas a fatores de risco a diversos tipos de câncer, entre eles o de pele.

Mas, aqui, deter-nos-emos, apenas, nos lavradores, que constituem a maioria dos pomeranos. Na lavoura, os pomeranos estão expostos à radiação solar, em média, durante 10 horas por dia, fato esse expresso em sua pele, de aparência áspera e envelhecida, marca do intenso processo acumulativo de exposição ao sol, devido à sua dedicação ao trabalho árduo, na lavoura.

Nesse contexto, identificamos dois fatores: um, relacionado ao trabalho, e o segundo, à iminência da doença. No que tange ao primeiro, cabe uma reflexão sobre a relação trabalhista existente, nas colônias pomeranas.

Como já vimos anteriormente, os pomeranos vieram para o Brasil, com a promessa de melhoria de vida, em fuga do ambiente de guerra em que estavam. Quando chegaram aqui, a maioria não sabia falar português e foi destinada ao trabalho na lavoura, especialidade praticada na sua terra natal. O sistema de trabalho era de meeiros: ou seja, a terra era do proprietário, e a eles era cedido um pequeno espaço, para moradia e agricultura de subsistência, em troca de cuidar dos alqueires de plantio dos patrões. Essa relação ainda é presente, no interior de alguns municípios, de maioria pomerana, do estado do Espírito Santo.

Esses lavradores não possuem nenhuma garantia de seus direitos trabalhistas. No início do século, muitos morreram, com as picadas de cobras, e não tiveram as suas famílias indenizadas; muito pelo contrário, era menos um na lavoura, o que significava, para os demais, um aumento do trabalho a produzir. Outro traço dessa exploração está na jornada de trabalho, na lavoura. Em nenhum momento da história desses pomeranos, ouvimos falar sobre alterações para a diminuição da sua carga horária de trabalho; de maneira inversa, vemos, nos discurso deles, a necessidade de estar na lavoura, cuidando do seu meio de sobrevivência. Ainda, neles não identificamos noções sobre direitos trabalhistas e previdenciários. Também, percebemos que poucos têm conhecimento dos programas sociais governamentais. Contudo, não nos deteremos nessa questão, mas enfatizamo-la, para que ela não seja esquecida e possa ser estudada, posteriormente.

No que se refere às atividades laborativas dos pomeranos, a já referida Pesquisa de Câncer Cutâneo revela que, dos 493 casos de câncer diagnosticados, 277 acometem pomeranos lavradores, e, do total de 338 suspeitas de câncer, 251 pertencem a esse grupo. Esses números endossam a necessidade de um suporte social maior a esse grupo; portanto, as intervenções governamentais devem ser mais incisivas, assegurando a proteção social desses pomeranos, seja no âmbito trabalhista seja no da saúde.

Vale lembrar que, em relação aos outros tipos de câncer, não foram encontrados pesquisas e(ou) estudos que evidenciem a vulnerabilidade do pomerano tanto quanto o de pele. Embora o câncer seja a segunda e(ou) a terceira maior causa de mortalidade, nos municípios de predominância pomerana, não há, cientificamente, uma relação de base fisiológica.

Nesse terreno, onde as manifestações biológicas são preservadas pelas expressões da “questão social”, pouco se identifica ação governamental intervindo sobre as demandas da

população pomerana. Não se trata, aqui, de criar projetos obedecendo e destinados a especificidades desses imigrantes, mas de garantir-lhes acesso aos serviços sociais públicos, que são promovidos pelas políticas sociais brasileiras.

O câncer de pele apenas expressa uma das demandas sociais dos pomeranos, pois a realidade vivida por eles não difere da de muitos brasileiros que são dependentes das políticas sociais implementadas nesse país. Tais políticas:

◇ **desconsideram situações sociais**, que aguçam as questões de saúde, como a exposta no caso dos pomeranos, cujo agravamento tem como base o movimento histórico de inserção dos pomeranos, nesse país, assim como a relação perversa de trabalho, a qual foi e é imposta a alguns deles para a sua sobrevivência, e sobre ela não se identifica intervenção estatal.

◇ **não visam a necessidade, mas sim a “formosidade”**. O câncer de pele, tanto no espaço nacional quanto no capixaba, expressa números que o levam a ser o mais incidente, entre os brasileiros. Porém, a intervenção estatal não revela “interesses” veementes para o combate dessa doença, justificando-se por seu baixo índice de letalidade o que, por isso, não produz impactos eleitoreiros.

◇ **não atendem a integralidade**. Assim como as demandas sociais dos pomeranos não se restringem ao câncer de pele, mas incluem a acessibilidade aos serviços sociais públicos, as políticas sociais brasileiras têm assumido um caráter fragmentado, que enfoca a necessidade imediata do indivíduo, não o reconhecendo na sua totalidade nem como detentor de direitos.

5.2 A realidade

A realidade é o que está sendo vivido, presenciado e experimentado, no momento. Usando como instrumento de base o Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Interior do Estado do Espírito, buscaremos, a seguir, descrever e analisar as medidas de proteção à saúde desses imigrantes, revelando os seus antagonismos e discrepâncias. Dessa forma, entrelaçar o câncer de pele com as políticas sociais e o referido Programa, com intuito de identificar e analisar, no contexto contemporâneo de evolução dos ideais neoliberais, quais as contribuições desse entrelace para o fortalecimento da assistência oncológica brasileira.

O Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Interior do Estado do Espírito Santo atende a 11 municípios capixabas de colonização pomerana, mas delimitamos nossos estudos a apenas três municípios: Santa Maria de Jetibá, Laranja da Terra e Pancas, os quais possuem características geográficas semelhantes, com a presença de montanhas, matas e um clima especificamente tropical. Pelo Plano Diretor Regional (PDR), os dois primeiros estão situados na Microrregião de Serra-Santa Tereza e o terceiro, na Microrregião de Colatina (Cf. Figura 9, adiante).

Esses municípios são de predominância pomerana e de seus descendentes, cuja maioria está vinculada à Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil. Tem, em Santa Maria de Jetibá, o maior número pomeranos, seguido por Laranja da Terra e Pancas. Veja-se a tabela a seguir.

Tabela 3. **População total e população pomerana dos municípios estudados**

Município	Quantitativo Populacional	Quantitativo de Pomeranos
Santa Maria de Jetibá	32.844	27.500
Laranja da Terra	10.223	8.500
Pancas	19.537	8.100

Fonte: **IECLB**, 2007.

A economia é basicamente agrícola (hortifrutigranjeiros), com destaque para Santa Maria de Jetibá, que é o segundo maior produtor de ovos, no Brasil, e é o responsável por 87% de produções capixabas, representadas por 3,6 milhões de ovos diários.

No que tange ao perfil epidemiológico de câncer desses municípios, a SESA (2007) informa que Santa Maria de Jetibá (Anexo 13) teve, no ano de 2005, os índices seguintes.

Tabela 4. **Perfil epidemiológico de Santa Maria de Jetibá**

	Percentual relativo ao total de internações	Grupo etário mais atingido
Internações por neoplasia maligna	2,1%	Entre 50-64 anos
Internações por doença dermatológica	2,5%	Entre 10 e 14 anos
Número de óbitos por câncer	12,5%	+ 65 anos

Fonte: **SESA**, 2007.

Na tabela acima, não há especificação dos tipos de câncer; mas o total observado faz dele a 11ª maior causa de internações, no município, e a 2ª maior causa de óbitos, por doença, sendo a patologia principal de 17 das 140 mortes ocorridas, no município, no ano de 2005. Cabe ressaltar que, no âmbito geral, o câncer configura a terceira maior causa de

morte, no município, pois é superado pelas causa externas, dentre elas o suicídio. Segundo os relatos dos pomeranos, há um alto índice de pessoas que são consideradas etílicas, que fazem uso de bebidas alcoólicas, desde a infância. São meninos que aprenderam com os seus pais ou companheiros da lida na lavoura, no decorrer dos anos de trabalho, o tão oneroso hábito. Tal fato é passível de se constatar, nos botequins da região, onde é comum encontrar, nas rodas de homens, meninos praticando esse estilo de vida.

Em Laranja da Terra, o perfil epidemiológico de câncer não difere muito do de Santa Maria: o número de óbitos, por câncer, é o segundo maior do município, sendo responsável por 15 das 62 mortes ocorridas, no ano de 2005. O câncer, também, se destaca como a oitava principal causa de internações hospitalares acometendo crianças, como o maior grupo etário, em Santa Maria de Jetibá. As infecções cutâneas, também, geram números significativos, nesses municípios, mas não foram encontradas notificações de que elas sejam por câncer de pele.

Tabela 5. Perfil epidemiológico de Laranja da Terra

	Percentual relativo ao total de internações	Grupo etário mais atingido
Internações por neoplasia maligna	6,5%	Entre 1 - 4 anos
Internações por doença dermatológica	2,5%	Entre 10 e 14 anos
Número de óbitos por câncer	24, 6%	+ 65 anos

Fonte: **SESA**, 2007.

No município de Pancas, em 2005, o número de óbitos, por câncer, foi a segundo maior causa de morte por doença, no município, sendo o responsável por 11,8% dos falecimentos. Esses números, traduzidos, apontam que 13 das 105 mortes ocorridas, no ano referência, foram de pessoas acometidas por câncer. Também, identificamos que o

quantitativo de internações por neoplasia maligna equipara-se ao total das do município de Santa Maria. Nesse município, o índice de internações por doença dermatológica é o menor, em relação aos outros dois municípios estudados, enquanto a relação de números de óbitos, por câncer, em Pancas, é menor do que o quantitativo expresso nos municípios de Santa Maria de Jetibá e Laranja da Terra. Observe-se a tabela abaixo:

Tabela 6. Perfil epidemiológico de Pancas

	Percentual relativo ao total de internações	Grupo etário mais atingido
Internações por neoplasia maligna	2,1%	Entre 5 e 14 anos
Internações por doença dermatológica	0,3%	Entre 50 e 64 anos
Número de óbitos por câncer	11,8%	+ 65 anos

Fonte: **SESA**, 2007.

Diante disso, identificamos que o câncer está fortemente presente, no quadro epidemiológico desses municípios, acometendo, principalmente, adultos e crianças, e conservando-se entre as principais causa de morte, por doença., equiparando-se à média nacional, que também se configura como a 2ª maior causa morte, por doença. Isso desperta, ainda mais, para a necessidade de conhecermos melhor as ações de atenção oncológica que são praticadas nesses municípios. Observe-se a tabela a seguir:

Tabela 7. Comparação entre incidência de internações e de óbitos por câncer, nos municípios estudados.

	Santa Maria	Laranja da Terra	Pancas
Internações por neoplasia maligna	11ª causa	8ª causa	10ª causa
Número de óbitos por câncer	2ª causa por doença e 3ª no ranking geral	2ª causa de óbitos	2ª causa por doença e 3ª no ranking geral

Fonte: **SESA**, 2007.

Dessa forma, em busca de conhecer a atenção oncológica, nos municípios em questão, deparamo-nos com uma realidade dura de encarar, pois não foi encontrada nenhuma ação ligada, diretamente, ao combate da doença, promovida por órgãos públicos, como, também, não foi detectado nenhum repasse de verbas, especialmente para a questão do câncer, nos Cadernos de Saúde dos municípios publicados pela SESA (2007).

Apenas verificamos que:

- ❖ o sistema de saúde desses municípios é, predominantemente, ligado à gestão municipal, neles não havendo instituições públicas de outras esferas de governo;
- ❖ não existem serviços especializados em cuidados crônicos prolongados;
- ❖ existem unidades mistas de pronto atendimento e para pequenas emergências;
- ❖ os principais investimentos são no âmbito da atenção básica, com prevalência de programas orientados para a saúde da família; e que,
- ❖ não há investimento na alta complexidade.

Essas características permitem desenhar a seguinte tabela, sobre os municípios em estudo, em relação às unidades de saúde:

Tabela 8. Distribuição dos tipos de unidade de saúde (2005)

Unidades de saúde	Santa Maria	Laranja da Terra	Pancas
Posto de Saúde	0	4	0
Policlínica	3	0	1
Centro de Saúde	9	2	0
Pronto Socorro Especializado	0	0	0
Hospital	1	0	1

Fonte: **SESA**, 2007.

Quanto ao tipo de prestador do serviço, os três municípios apresentam o seguinte quadro:

Unidades de saúde	Santa Maria	Laranja da Terra	Pancas
Posto de Saúde	-	Público municipal	-
Policlínica	Público municipal	-	Público municipal
Centro de Saúde	Público municipal	Público municipal	-
Pronto Socorro Especializado	-	-	-
Hospital	Filantropico/ privado	-	Privado s/ fins lucrativos

Quadro 2. Tipos de prestador de serviço de saúde (2005).
Fonte: **SESA**, 2007.

A distribuição de leitos hospitalares, conforme o prestador de serviço, está sintetizado no quadro a seguir.

Santa Maria	Laranja da Terra	Pancas
privados	não possui	privados

Quadro 3. Tipos de leitos conforme prestador de serviço.
Fonte: **SESA**, 2007.

Quanto às especialidades disponíveis nos serviços de saúde dos três municípios, nossas constatações estão resumidas, no Quadro 4.

Especialidades	Santa Maria	Laranja da Terra	Pancas
Clinica Médica	X	X	X
Pediatria	X	X	X
Ginecologia	X	X	X-
Traumato-ortopedia	X	-	-
Odontologia	X	X	X
Pequenas Cirurgias	X	-	X

Quadro 4. Tipos de especialidades disponíveis nos serviços de saúde dos municípios estudados.

Fonte: **SESA**, 2007.

O quadro acima nos revela que a população desses municípios não conta, dentre outras especialidades médicas, com a dermatologia, que é essencial para o combate, diagnóstico e tratamento do câncer de pele. Também, é notório que apenas dois, dos três municípios, possuem pequenas cirurgias, as quais são realizadas nas unidades de saúde de prestador de serviço privado, e não público, dificultando o acesso da população aos serviços de assistência à saúde.

Isso nos leva a entender que tais definições, nos três municípios observados, se originam das orientações do Plano Diretor de Regionalização, que institui as microrregiões de assistência à saúde, as quais devem possuir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade, ofertados em um ou mais módulos assistenciais, como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido de toda a população, no âmbito microrregional. Dessa forma, fica aos municípios menores a responsabilidade da sua atenção básica e o repasse de verbas para o município vizinho, pólo da média complexidade.

Diante disso, os municípios de Laranja da Terra e Santa Maria de Jetibá referenciam seus pacientes ao município de Santa Tereza, o pólo da microrregionalização, enquanto o de Pancas tem como pólo o município de Colatina.

O objetivo dessa regionalização é facilitar o acesso aos serviços de saúde pela população. O repasse das verbas entre os municípios é feito fundo a fundo, e a garantia do atendimento à população é formalizada pelo Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, assinado pelos municípios acordantes. Os termos de compromisso são assinados entre as instâncias gestoras, incluem a responsabilidade pelo acesso e são vinculados à capacidade executora das ações e serviços pautados.

Essa nova estrutura da saúde nos faz refletir sobre as estratégias de minimização do Estado, embutidas no cerne dessa proposta. Ou seja, reduzem-se os recursos com saúde destinados aos municípios, aumenta-se a distância de acesso ao serviço especializado, não se garante o transporte gratuito para a locomoção do paciente. Dessa forma, o fluxo de pacientes para determinado tratamento é diminuído, o que justificará o não-repasse de verbas destinadas a um dado município. Assim, reduzem-se os quantitativos de mão de obra e de unidades de saúde especializadas, e a população, cada vez mais, fica à mercê das ações imediatas e focalizadas dos Programas Saúde da Família, ou, os que podem financiar tratamentos, dos Planos de Saúde privados, para atender as suas demandas com saúde. Nesse ciclo perverso, garante-se a minimização das ações do Estado com a justificativa de que não há demanda a ser atendida, ao mesmo tempo em que se abre espaço para as ações de instituições privadas.

O sistema de referência e contra-referência proposto seria ideal se, na prática, funcionasse. Um grande exemplo da falência de sua eficiência está na superlotação dos grandes hospitais de emergências – como, diariamente, nos relata a mídia sobre as

consecutivas crises na saúde, nas grandes cidades brasileiras. Cabe ressaltar que o caos, na rede pública de saúde, também, é uma estratégia para enxugar o Estado, mediante o fim do funcionalismo público estatutário, outro grande objetivo neoliberal. Reduzindo-se o funcionalismo público, aumenta-se a instabilidade no emprego e, conseqüentemente, aumenta o número do exército de reserva e a seletividade é aguçada, obrigando o trabalhador a se submeter a intensas jornadas de trabalho, como acontecia na Europa, até o século XX.

No cerne dessa questão, como fica a situação dos pomeranos? Como explicitamos, anteriormente, não identificamos, nos municípios estudados, nenhuma descrição de programa estatal destinado à prevenção, detecção, tratamento e combate ao câncer, o que já era de se esperar. A portaria do Ministério da Saúde define que a Política Nacional de Atenção Oncológica não contempla as manifestações dermato-oncológicas, presentes entre os pomeranos, como casos que demandem uma política de assistência específica, pois não considera a incidência de câncer de pele como parâmetro para implantação de serviços especializados de combate, detecção e tratamento do câncer. Ela define que o número de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) deve ser calculado por, no mínimo, cada 1.000 casos novos anuais, excetuando-se o câncer de pele, para efeito de cálculo de estruturas e serviços hospitalares de alta complexidade (oncologia clínica, radioterapia com equipamentos de megavoltagem, hematologia e oncologia pediátrica). Portanto, essa política trata de quantitativos em nível estadual, e não no municipal, e de casos de câncer mais prevalentes no país, exceto o de pele. Assim, os pomeranos não estão incluídos em uma ação específica dessa política, pois, para o tratamento do câncer de pele (não-melanoma), não são necessários procedimentos de alta complexidade.

Contudo, no nível estadual, o Espírito Santo deveria ter sete Centros de Assistência de Alta Complexidade, mas só possui dois, para atender cerca de 7.100 casos novos anuais. Desses dois centros, um se localiza na capital, Vitória, e o outro na cidade de Cachoeiro de Itapemirim. Ambos são unidades mistas e dividem a responsabilidade pela cobertura de 3.408.189 habitantes, o que não acontece. Vale ressaltar que o município de Cachoeiro de Itapemirim se localiza no sul, e Vitória, na região central do estado (Cf. figura 9)

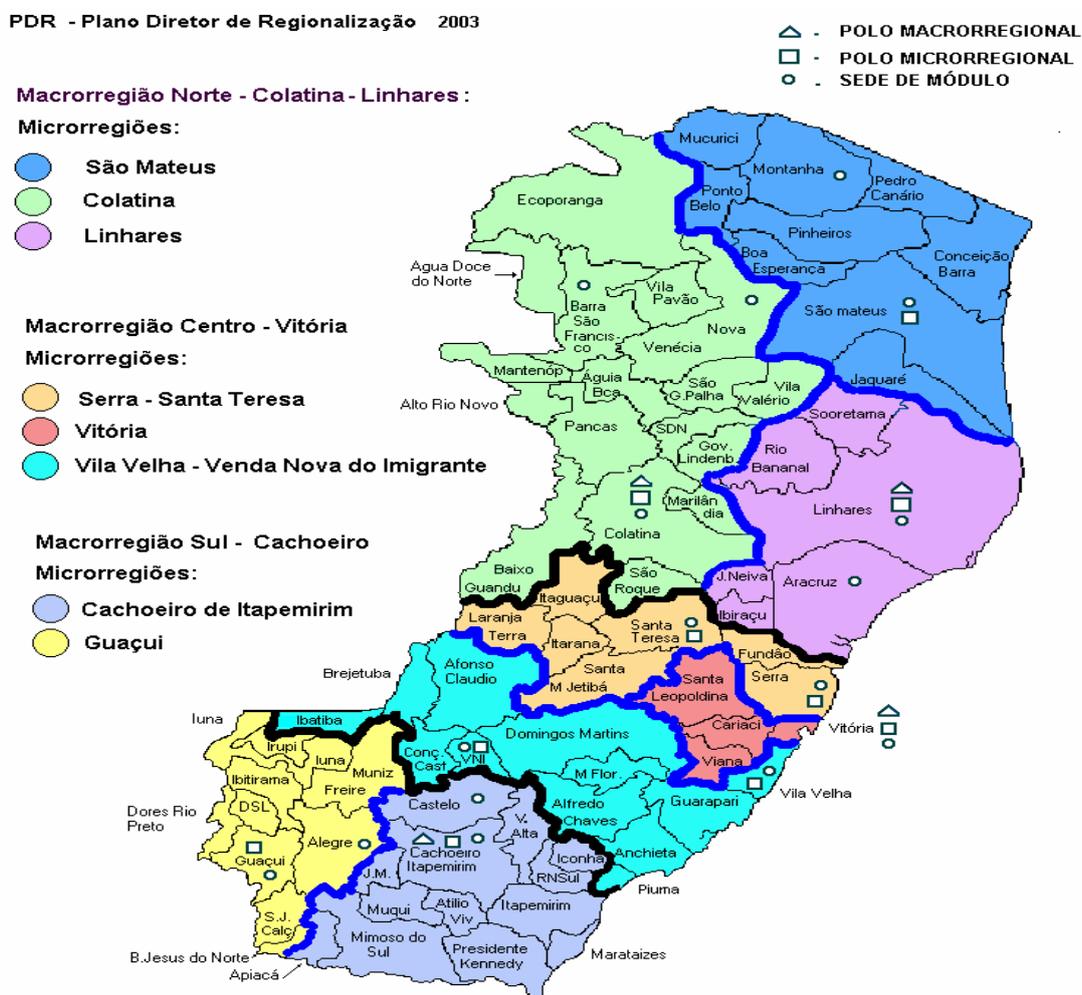


Figura 9. Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo
 Fonte: SESA, 2007.

Assim, toda a área do centro-norte e do norte do estado (macrorregião norte) está desprovida da atenção oncológica e deve recorrer à cidade de Vitória para a realização do tratamento, na única unidade oncológica, o Hospital de Santa Rita de Cássia.

Os pomeranos, para terem acesso aos serviços desse hospital, contam com o apoio da Associação Albergue Martin Lutero da IECLB, que se responsabiliza pela hospedagem, pelo transporte e pelo agendamento desses pacientes. E os que não são pomeranos? Ou mesmo aqueles que não possuem vínculo ou conhecimento dessa ação da Igreja, como é garantido a eles o acesso ao tratamento oncológico?

Porém, vale ressaltar que, embora na minuta de portaria do Ministro da Saúde, relativa à Política de Atenção Oncológica, esteja previsto que a implantação da atenção oncológica deva ser constituída desde as ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, atenção primária, média e alta complexidade, até as questões de pesquisa, reabilitação e educação, na minuta da Portaria da SAS/MS, a rede de atenção oncológica se reduz ao credenciamento de serviços de alta complexidade. Ora, um dos problemas atuais do SUS está contido nas ações de média complexidade, e a modificação do atual quadro epidemiológico de alguns cânceres está diretamente relacionada à necessidade de melhorar o acesso ao diagnóstico precoce. Portanto, deve-se considerar a importância de que se estabeleçam ações e propostas, nos demais níveis de atenção.

5.3 Um passo rumo à nova realidade

A realidade exibida no estudo acima nos remonta ao passado de desassistência da população brasileira, um verdadeiro desrespeito aos direitos sociais conquistados. Mas o Programa de Assistência Dermatológica, promovido pela união entre a Igreja Luterana, a

UFES, a SESA e, mais recentemente, as secretarias municipais de Saúde, cujo objetivo é rastrear e combater o câncer de pele entre os pomeranos, se revela uma estratégia disposta a sanar e (ou) amenizar a questão do câncer de pele entre os pomeranos, trazendo para estes uma nova realidade de vida e de assistência à saúde.

A forma de intervenção desse Programa segue o modelo campanhista do século passado, por meio das “campanhas sanitárias”, inspiradas no modelo americano (mas importado de Cuba), as quais se destinavam ao combate das epidemias urbanas e das endemias rurais. Tais campanhas nutriam a visão de que a saúde consistia na ausência de doenças e eram organizadas de tal forma que se assemelhavam a campanhas militares, dividindo as cidades em distritos e implementando ações isoladas de combate específico a uma patologia.

O Programa dividiu os 20 municípios em 11 distritos, para intervenção. Isso significa que, dos 120.000 pomeranos do estado do Espírito Santo, ele abrange uma área com cerca de 100.390 pomeranos. Cabe ressaltar que grandes municípios, como Colatina e Linhares, com desenvolvimento urbano acelerado, onde a lavoura não é a única ou a principal atividade laborativa, possuem uma estrutura organizacional e de financiamento de políticas de saúde diferente da dos outros menores. Contudo, isso não garante o atendimento desses pomeranos.

As ações do Programa são bem imediatas: a doença é detectada e retirada com procedimentos cirúrgicos, que são realizados em minicentros cirúrgicos improvisados, nas bases de atendimentos. Segundo relatos, ainda não foram identificados casos de infecção, relacionados à forma arcaica de atenção a esses pacientes.

O objetivo do Programa são os cânceres dermatológicos e, portanto, nenhuma ação é empreendida no combate e(ou) prevenção ou detecção de outros tipos de câncer entre os

pacientes atendidos. Isso é notório, nas falas dos pacientes, que, em sua maioria, não sabem o que é câncer e vão ao Programa por não desejarem ter doenças de pele. Por isso, o número de pessoas que recorrem ao Programa, por diversos problemas na pele, é muito significativo e não expressa medo ou cuidado preventivo da doença. Os pacientes também expressam que os profissionais do Programa vêm de muito longe e, portanto, devem reconhecer os seus esforços e, por mais distante que seja, ir até o local do atendimento, embora ainda haja um relativo número de pomeranos que não são atendidos, devido à falta de meios de locomoção. Cabe enfatizar que há um serviço que auxilia no transporte dos pacientes até os locais de execução do Programa, porém ele não garante o acesso de todos.

Não foi identificada, nas rotinas do Programa, uma forma de se registrar o quantitativo de pessoas que continuam sendo por ele acompanhadas, ou mesmo que tenham dado continuidade ao tratamento, como necessário nos casos de melanomas cutâneos. Sabe-se, apenas, que existe um quantitativo de pacientes, os quais, após tratados cirurgicamente, durante o atendimento, retornam, voluntariamente. Há, ainda, aqueles que são encaminhados a outras unidades de saúde e acompanhados pela Igreja Luterana, por meio do Albergue e outros projetos.

Outro fator em destaque foi a absorção de algumas formas preventivas ao câncer de pele, pela população local, após algumas intervenções de caráter educativo, pela equipe do Programa, com o objetivo de amenizar a extensão das feridas que os pacientes apresentavam.

“Apesar de nossa luta, em alguns anos vimos crescer a incidência de câncer de pele, em função do efeito cumulativo da radiação solar. Retirávamos a lesão do paciente e no ano seguinte o mesmo retornava com duas ou três outras lesões. Por isso, paralelo ao tratamento curativo, procedemos à palestra de esclarecimento para que a nova geração. Hoje crianças, não venham sofrer as mesmas conseqüências de seus pais” (BARROS, 2002, p. 12).

Outra característica do Programa, que nos remete ao passado das políticas de saúde, é o seu caráter curativo. Os pacientes chegam ao Programa, o problema é sanado; mas, continuidade, não tem. Embora o tratamento do câncer de pele tenha um perfil interventivo-curativo, não se pode esquecer que as ações de saúde previstas pelo Sistema Único de Saúde objetivam a integralidade e, portanto, intervenções isoladas não garantem a efetividade da proposta do SUS. Em casos não passíveis de tratamento pelo Programa, o paciente é encaminhado ao hospital oncológico de referência ou ao hospital universitário; mas quem garante o acesso a esses serviços é a Igreja Luterana, por meio do albergue, em suas atribuições.

Quando o paciente apresenta o diagnóstico de uma dermatose, ele é encaminhado ao hospital universitário, que realiza o seu acompanhamento mediante suporte da igreja ou de recursos próprios. Não identificamos ações das prefeituras locais, por meio do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para esses casos, pois a verba aplicada para esse serviço é alocada, apenas, aos tratamentos de média a alta complexidade.

A resposta obtida pelo Programa, em relação ao número de casos novos de câncer detectados, pouco contribui para o desenvolvimento do mesmo, pois tal resultado não é aceito como argumento para incremento de verbas ou maior assessoria estatal; além disso, a relação entre os parceiros estatais (secretarias estadual e municipais de Saúde) é muito distanciada e, por isso, pouco conhecimento têm eles dos objetivos gerais do Programa.

Os resultados do Programa têm fortalecido, ainda mais, a Igreja Luterana, que, durante os anos de existência daquele, amadureceu a sua ação e criou projetos de suporte aos pomeranos, independentemente de sua religião. Atualmente, esses programas são os principais subsídios para o acesso aos serviços públicos de saúde.

Essas ações de suporte social da Igreja, também, nos remetem ao passado, se as compararmos ao papel desempenhado pelas Santa Casas de Misericórdia, principalmente, no início do século passado. Na história, percebemos que, desde os primórdios da sociedade, o homem realiza práticas sociais de atenção ao próximo, motivadas e conduzidas por sentimentos de solidariedade e fraternidade, e as igrejas e(ou) centros religiosos compõem o sistema de família provedora citada por Castel (2005). Essas práticas abrangem: *“ações humanas voltadas à mútua-ajuda que, se de um lado não se desloca dos processos estruturais do nosso capitalismo, de outro, não lhes são totalmente subordinados.”* (GÓIS, 1995, p.312).

Elas formam um sistema de Proteção Social Primária⁶⁸ muito valorizado pelo individualismo neoliberal: ele funciona como aquelas ações que satisfazem ao indivíduo, dando-lhe a sensação de dever cumprido, mas não garantem ao receptor de sua solidariedade o acesso aos direitos sociais e a implantação, nesse caso, de políticas de saúde universais e de caráter público.

Em outras palavras, a solidariedade e os vínculos de vizinhança e parentesco, hoje, são apenas alguns dentre os muitos padrões possíveis das redes sociais. Atualmente, o que os estruturalistas procuram avaliar são as formas, nas quais padrões estruturais alternativos afetam o fluxo de recursos entre os membros de uma rede social. Estamos diante de novas formas de associação, imersas numa complexidade chamada rede social, com muitas dimensões, que mobilizam o fluxo de recursos entre inúmeros indivíduos distribuídos segundo padrões variáveis.

⁶⁸ “[...] um sistemas de regras que ligam diretamente os membros de um grupo a partir de seu pertencimento familiar, da vizinhança, do trabalho e que tecem redes de interdependência sem a mediação de instituições específicas.” (CASTEL, 2005, p.48).

Um dos aspectos essenciais para a consolidação desse sistema de proteção é, sem dúvida, o sentimento de confiança mútua que precisa existir, em maior ou menor escala, entre as pessoas. A construção dessa confiança está diretamente relacionada à capacidade que cada um teria de entrar em relação com o outro, de perceber o outro e incluí-lo em seu universo de referência. Esse tipo de inclusão ou integração diz respeito a atitudes individuais em prol indivíduos e não em prol da coletividade.

Essa característica de solidariedade é muito viva, durante os dias de atendimento: os pacientes e seus familiares vêem o médico como um profissional de ações urgentes e os demais membros da equipe como “ajudadores” que vêm de longe para prestar-lhes assistência.

Esse caráter de solidariedade, advindo da Igreja, contamina e compromete o desenvolvimento e os objetivos do Programa. A visão messiânica gerada nos usuários faz com que eles entendam a prática do profissional como uma ação de caridade e não de competência técnica e conduta ética. Esse fato atinge as relações entre profissionais e usuários, pois os primeiros se sentem insatisfeitos quando não recebem o reconhecimento almejado, por parte do usuário. Observe-se a fala de um dos cirurgiões do Programa:

“Apesar das dificuldades, engajamos no projeto [...] [e] fazemos algumas reflexões sobre nossa participação no Programa em função da sua característica humanística e social. Sem dúvida, acredito que esta vontade de auxiliar o outro tem relação direta ao fato de que, quando criança, vivenciei o dia-a-dia de meu pai, [...] que fazia de nossa casa consultório para atender gratuitamente pacientes pobres de bairros e da periferia. Uma época em que a medicina era equiparada ao sacerdócio.” (BARROS, 2002, p.12).

O que verificamos é que os homens conseguem encontrar zonas de proximidade lá onde isso pareceria impossível: pessoas compartilham idéias, conhecimentos e informações sobre seus problemas, dificuldades e carências e promovem entre si a proteção social dos

mesmos. Isso seria trágico se não fosse poético, pois as transformações recentes, no papel do Estado e em suas relações com a sociedade, impõem novos modelos de gestão que comportem a interação de estruturas descentralizadas e modalidades inovadoras de parcerias entre entes estatais e organizações empresariais ou sociais. Essas reduzem a responsabilidade do Estado, a qual é repassada, homeopaticamente, para os agentes parceiros, em uma forma de transferência de responsabilidade sobre as ações.

Além dessa base, a sua relevância no trato do câncer de pele apresenta números muito significativos. Seguindo a sua rotina de atendimento, poderemos entender um pouco mais sobre as suas ações. Nos municípios estudados, constatamos a seguinte rotina: em Santa Maria (sede), o atendimento é feito em um Posto de Saúde, situado no centro do município, durante dois dias: no sábado, no horário de 8 horas às 17 horas, e no domingo, apenas no horário da manhã.

No município de Laranja da Terra, os atendimentos são realizados nas dependências da Igreja Luterana, também em dois dias, no bairro de Crisciúma – uma região com grande número de lavradores –, seguindo o mesmo esquema de Santa Maria.

Já em Pancas, os atendimentos são realizados nas dependências de uma escola municipal, no bairro de Laginha de Pancas, e duram apenas um dia, devido à pouca demanda,

Com base nos relatórios da Associação Albergue Martim Lutero (AAML), parte integrante da IECLB, no ano de 2006, o programa atendeu, em Santa Maria de Jetibá, 393 pessoas, sendo detectadas, desse total, 58 suspeitas de câncer de pele. Enquanto no de Laranja da Terra, foram realizados, em média, 385 atendimentos, sendo identificadas, desse total, 49 suspeitas de câncer de pele. E, em Pancas, a média foi de 250 atendimentos, com

detecção de 49 suspeitas de câncer de pele. Sendo assim, tivemos, no ano de 2006, do total de 938 atendimentos realizados pelo Programa, nos três municípios, a indicação de 156 suspeitas de câncer de pele, aproximadamente 17% das consultas dermatológicas realizadas pelo Programa, no ano referência (Anexo 4).

Além das consultas dermatológicas, nos dias de atendimento pelo Programa, são realizadas pequenas incisões cirúrgicas, eletrocauterizações e criocauterizações⁶⁹. Somente no ano de 2006, foram registrados os procedimentos resumidos na tabela a seguir.

Tabela 9. Distribuição dos tipos de procedimentos, por município, em 2006.

Procedimentos	Santa Maria	Laranja da Terra	Pancas
Consulta médica	383	385	250
Pequenas cirurgias	62	58	38
Eletrocauterização	79	85	65
Criocauterização	298	100	80

Fonte: **IECLB**, 2006.

A tabela acima indica que, proporcionalmente, para cada atendimento feito, em Santa Maria de Jetibá, ao menos um tratamento curativo foi realizado no paciente. Essa relação em Laranja da Terra e em Pancas não chega a um por paciente. Considerando que todo paciente atendido pelo Programa e que apresente quadro de lesão suspeita de neoplasia maligna ou pré-neoplásica se submete a procedimentos de tratamento curativo, os números esboçados acima expressam, claramente, o uso do serviço, pela população, para atendimentos dermatológicos simples, que não implicam relação com o câncer de pele, o

⁶⁹ Tratamentos recomendados para os casos de carcinoma basocelular e espinocelular.

que aponta para a ineficiência e(ou) a inexistência e(ou) a pouca procura dos serviços públicos dermatológicos, principalmente, nos dois últimos municípios.

Tabela 10. Comparação de procedimentos por paciente, entre os municípios e entre os anos de 2003/2004/2005/2006.

Ano	Santa Maria	Laranja da Terra	Pancas
2003	-1	-1	-1
2004	-1	-1	-1
2005	-1	1	-1 a cada 3 pacientes
2006	1	-1	-1

Fonte: IECLB, 2003; 2004; 2005; 2006.

Quando analisamos essa proporcionalidade, em outros períodos de intervenção do Programa, como na tabela acima indicado, nota-se que, nos dois primeiros anos, há uma estabilidade entre os três municípios em relação à média de procedimentos/atendimentos, o que não identificamos, nos dois últimos anos – 2005 e 2006 – quando constatamos um relativo aumento na média de procedimentos por paciente, no município de Laranja da Terra, em 2005, igualmente ao ocorrido em Santa Maria de Jetibá, em 2006, assim como um relativo decréscimo na média do município de Pancas, em 2005. Essas alterações nos dados podem ter sido ocasionadas por duas situações. A primeira, relacionada à fonte dos dados, a saber: nos anos de 2003 e 2004, os dados foram repassados do Programa para a AAML, enquanto, nos demais anos, foram repassados dos relatórios produzidos pela AAML para o Programa. No que tange à segunda, as alterações podem advir de outras situações externas, ligadas à divulgação do Programa, ou mesmo relacionadas aos fatores externos a ele, cuja análise não foi possível, devido ao curto espaço de tempo entre pesquisa e produção de resultados.

Na comparação do total de atendimentos realizados pelo Programa, nos anos de 2003, 2004, 2005 e 2006, identificamos uma significativa redução no quantitativo referente ao município de Santa Maria de Jetibá. Contudo, aqui cabe a ressalva de que os dados supracitados são referentes apenas à sede (centro) do município; portanto, não se somam ao quantitativo dos atendimentos realizados, no Distrito de São João do Garrafão (interior), nos anos de 2004 e 2006; e que, do mesmo modo, nos anos de 2003 e 2005, a sede também atendeu às demandas do interior, mas, nesse momento, são eles que migram para o centro e não o Programa, para o interior.

Nos demais municípios, identificamos uma oscilação nos números de Laranja da Terra e uma simultânea diminuição, nos de Pancas. A justificativa se dá, conforme os discurso dos profissionais, pela eficiência e eficácia do Programa no controle do câncer de pele, nesses municípios. Segundo eles, os pomeranos aprenderam a se prevenir melhor, o que resulta, notadamente, em menor espessura e gravidade das lesões de pele apresentadas pelos pacientes – lamentando pelo parco registro sobre o fato – que, no início do Programa, eram mais aguçadas.

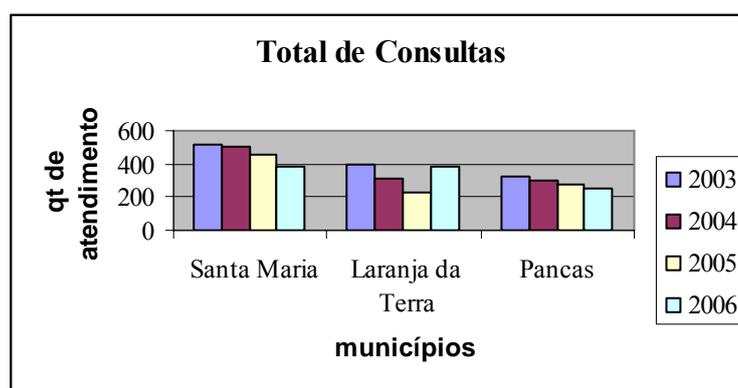


Gráfico 3. Comparação do total de atendimentos, entre os municípios e entre os anos 2003/2004/2005/2006
Fonte: IECLB, 2003; 2004; 2005; 2006.

Esses números, gráficos e tabelas expressam a importância do Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Interior do Estado do Espírito Santo para a saúde dos pomeranos e para o combate e tratamento do câncer de pele, papel que deveria ser assumido pelo Estado, através de programas de saúde pública, pois identificamos que, nesses municípios, não há registro de atendimentos dermatológicos, com exceção do citado Programa. Logo, se o câncer de pele deve ser tratado pela assistência básica, a atenção básica dos municípios em questão negligenciam as suas responsabilidades, pois não sustentam um serviço de dermatologia, que se faz tão necessário para seus moradores.

Diante disso, e tendo em vista os pressupostos da descentralização da atenção oncológica, torna-se necessário particularizar um pouco mais cada um dos seus aspectos, para se apreender os nexos internos, que se relacionam à questão em pauta, no Brasil. Em um primeiro momento, remetemos às orientações do Banco Mundial, que não são dissonantes em relação às da OMS. Entre essas orientações, destacam-se: os investimentos em programas mais eficazes (relação custo/benefício); incentivo aos programas de saúde pública e serviços essenciais, de alcance mais coletivo (Programas de Saúde da Família); redução dos gastos públicos com atendimento terciário, com a capacitação de especialistas e com intervenções de baixo retorno econômico; e o financiamento e implementação de ações de saúde pública de grande reconhecimento externo. Diante disso, já podemos entender um pouco do não-interesse público pelo Programa de Assistência Dermatológica, em questão.

Com base no ideário de que o mercado é o distribuidor por excelência dos bens e serviços de saúde e na ênfase dada ao cidadão consumidor, que seria o melhor juiz e o avaliador dos serviços prestados, essa nova tendência para as políticas sociais de saúde, homeopaticamente, vem construindo novos consensos em relação a eficácia e eficiência dos

serviços públicos de saúde, com o enfoque nos seus aspectos econômicos. A transferência do modelo de atenção à saúde, do pólo de equidade em saúde para equidade social, difundido pelas principais agências de fomento e financiamento internacionais, é a base sobre a qual se assentam as ideologias neoliberais.

Diante disso, o modelo sanitário a ser seguido pressupõe que a crise na saúde se origina na redução de verbas destinadas a ela; que há maior eficiência dos investimentos com a separação entre o financiamento e a prestação dos serviços; que decisões clínicas devem subordinar-se à eficiência econômica para redução dos custos; que o mercado é o melhor e maior regulador da qualidade e dos custos, pois nele está contido o cidadão consumidor, o qual garante mais seus direitos do que o usuário; e que a garantia da qualidade está na satisfação do cliente.

Analisando as políticas sociais de saúde, identificamos que, até o início da década de 1990, a palavra de ordem era a redução do papel do Estado; a partir do governo Fernando Henrique Cardoso, ela é alterada, dando ênfase ao Estado regulador. Assim, é criada uma série de normativas para regulamentar as relações entre o público e o privado, aguçando o papel de controle exercido pelo Estado e passando a saúde a ser concebida como um bem privado. Na atenção à saúde, também, percebe-se que, após a reforma do Estado, há uma nova organização das funções da sociedade civil e a refamiliarização da atenção à saúde, fortalecendo o repasse de responsabilidades estatais para a sociedade civil e completando as progressivas alterações das funções públicas no setor.

No Programa de Assistência Dermatológica, essa alteração de hábitos, como se fosse uma dinâmica familiar, faz parte do desenvolvimento do mesmo e, podemos ousar dizer, constitui a sua principal base; sendo assim, ele já atende a reestruturação política de ações do Estado e, portanto, só terá a atenção estatal nos momentos excepcionais, para

intervenções paliativas. Além disso, outras características que enquadram o Programa nos ideais neoliberais são: a não-viabilização de suportes preventivos ao câncer de pele, como o protetor solar, conseqüentemente, dando margem à especulação comercial desse setor. De uma certa forma, incentiva a competição entre o setor público e o privado, por não possibilitar continuidade de acompanhamento dermatológico, em serviço público, no município, assim como por favorecer a descentralização da atenção básica, assumindo a responsabilidade dos cuidados dermatológicos da população dos municípios, que o Programa atende.

No contexto das normativas implementadas na saúde, a NOAS instituiu o Plano Diretor de Regionalização de cada estado, que deve integrar o Plano Estadual de Saúde. Cabe observar que é atribuída ao município a responsabilidade por um conjunto de ações mínimas de saúde: assistência pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, imunizações, promoção de saúde e prevenção de doenças, tratamento de afecções agudas de maior incidência, acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência, pequenas cirurgias ambulatoriais, distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes, controle de doenças bucais mais comuns e fornecimento de medicamentos da farmácia básica.

Com isso, o Programa de Atenção Dermatológica é entendido como competência de ação do município, e, como ele não se centraliza em um único município, não recebe suporte municipal direto e contínuo para a sua manutenção; sendo assim, ele não é objeto de discussão entre os secretários municipais de saúde sobre os redirecionamentos e estruturas do Programa. Logo, em cada município, a intervenção no Programa se dá sob as diretrizes regidas pelo pacto de consórcio pré-estabelecido com os seus organizadores.

No que tange aos serviços de média complexidade, a NOAS atribui ao agente gestor estadual a responsabilidade da adoção de critérios para a organização dos serviços, não se enquadrando o Programa de Assistência Dermatológica nos serviços daquela classificação.

Quanto à alta complexidade, a garantia do acesso aos respectivos serviços deve ser uma responsabilidade compartilhada entre o MS e as secretarias estaduais de saúde. Isso não ocorre em relação ao Programa de Assistência Dermatológica, porque ele não é considerado de alta complexidade. Entretanto, vimos, anteriormente, que, em relação à assistência aos pomeranos, é realizada por projeto da Igreja Luterana, principalmente, àqueles que são membros da respectiva congregação.

Mas cabe uma observação: a política ministerial adotada, a partir de 1998, com a edição da Portaria GM nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, que trata da atenção oncológica, propõe que suas ações devem ser promovidas de forma integral por meio da ampliação da cobertura assistencial e do acesso dos pacientes aos serviços bem como estimular e criar condições para as ações de prevenção; também, estimular a detecção e o tratamento precoce e, finalmente, incrementar os cuidados dos serviços paliativos. Nela, está expresso o reconhecimento de que a particularidade do câncer exige uma atuação interdisciplinar integrada, devido às distintas modalidades de terapia e à diversidade das ações assistenciais, levando em conta, ainda, as conseqüências sociais que provoca.

Porém, essa Portaria foi revogada pela Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, no final do primeiro mandato do Presidente Lula, o qual assumiu, não obstante, a prática “neoliberal” que tanto combateu, durante a era FHC. Essa nova Portaria institui a atenção oncológica, no país, e, com ela, a nova face da assistência ao portador de câncer.

Uma das determinações dessa Portaria é a de estabelecer uma organização que permita o desenvolvimento de estratégias coerentes com a política nacional de saúde,

destinadas à identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil, que promovam a qualidade da saúde e sejam capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida, de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades. Assim, o Estado fomenta o repasse de sua responsabilidade à sociedade civil, o que torna legais a parceria com a Igreja Luterana e a absorção, por esta última, de ações governamentais, no caso em discussão.

Outro destaque, nessa Portaria, é o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral. No Programa em questão, os encaminhamentos e acompanhamentos são garantidos, no âmbito institucional, de maneira informal, pois não há uma rotina preestabelecida para os pacientes que precisam de outro suporte terapêutico, que não esteja disponível no dia de campanha do Programa, como, por exemplo, os casos de melanomas e cirurgias mais complexas.

Diante do exposto, identificamos que, na perspectiva de inclusão e suporte emergencial da população pomerana, devido ao alto índice de sua vulnerabilidade ao câncer de pele, o Programa de Assistência Dermatológica produz resultados significativos, no combate e no tratamento da doença; mas, ainda, não é um programa que receba aporte governamental adequado ao seu desenvolvimento, ficando, portanto, à mercê da solidariedade humana, dos esforços de organizações e do interesse particular dos profissionais, voluntários e responsáveis envolvidos, para a evolução e bom andamento do Programa. O poder público se alheia da responsabilidade de manter um programa que tanto se faz necessário entre nós.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer, tem sido considerado uma questão de saúde pública global. Segundo relatórios da Organização Mundial da Saúde (2006), somente no ano de 2005, foram registrados 7,6 milhões de óbitos por câncer. Isso representa 13% das 58 milhões de mortes ocorridas, no ano referência. Desse total, cerca de 70% ocorreram nos países em desenvolvimento. Ainda se destaca uma estimativa mundial de aumento dos números de casos novos de câncer, podendo chegar a 9 milhões, em 2015, e aos 11,4 milhões, em 2030.

No Brasil, o câncer, não diferentemente do *ranking* mundial, corresponde à segunda causa de morte por doença. As estimativas, para o ano de 2006, indicaram 472.050 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do de pele não-melanoma, são os de próstata e pulmão (no sexo masculino) e mama e colo de útero (no sexo feminino).

Diante desse quadro, o Estado, instância responsável pela elaboração e implantação de políticas sociais, tem recuado da responsabilidade de assumir uma política de assistência oncológica eficiente e eficaz, no combate ao câncer, repassando-a para o mercado e as organizações da sociedade civil, por meio de uma redução nos investimentos sociais.

Esse plano político e econômico faz parte da adoção de um projeto de Estado neoliberal, implantado, no país, desde o governo do presidente Fernando Collor de Melo, cujo fortalecimento vem sendo garantido pelos governos subsequentes. O reflexo do receituário neoliberal nas políticas sociais é a construção de ações fragmentadas e focalizadas, com vistas a reduzir as agudizações da questão social, contendo conflitos e

simulando uma face humanitária das classes dominantes em face da situação de miséria das classes subalternas e, concomitantemente, assegurando a manutenção da acumulação capitalista.

Tendo como exemplo as políticas de Saúde, no Brasil, presenciamos os efeitos desse novo plano político, que geram “uma progressão rumo ao passado”. As novas estratégias do Estado para fragmentar os direitos da população vem com a descentralização, que, embora tão defendida pela Reforma Sanitária e pressuposta no SUS, como instrumento de garantia de acesso aos serviços, têm recebido uma roupagem nova com “pano” de normas operacionais. Tais normativas, entre outras orientações, destacam: os investimentos em programas mais eficazes (relação custo/benefício); o incentivo aos programas de saúde pública e serviços essenciais, de alcance mais coletivo (Programas de Saúde da Família); a redução dos gastos públicos com atendimento terciário, com a capacitação de especialistas e com intervenções de baixo retorno econômico; e o financiamento e a implementação de ações de saúde pública de grande reconhecimento externo. Não obstante, elas seguem as mesmas orientações da cartilha imposta pelo grande capital internacional.

Uma especificidade das políticas de saúde, que é muito atingida por essa nova face assumida pelo Estado, é a *política de atenção oncológica*, que teve como marco inicial a criação do Serviço Nacional de Câncer, na década de 1930. Desde então, ela tem seguido os passos evolutivos das políticas de saúde brasileiras.

No final da década de 1980, a Constituição da “Nova República” propôs uma Seguridade Social baseada no tripé Assistência Social, Saúde e Previdência Social; ela representou uma conquista dos movimentos sociais, e, no âmbito da Saúde, do Movimento de Reforma Sanitária. Mas, “nem tudo são flores”: o primeiro presidente eleito democraticamente pelo povo não hesitou em revelar os objetivos sórdidos do grande capital

e inseriu o país em um verdadeiro canteiro de obras, em nome da reforma do Estado. Porém, tais reformas só tiveram impulso no governo de Fernando Henrique Cardoso, tornaram-se célebres, mas não passam de um grande desmonte da nação.

Nesse contexto, a *atenção oncológica* sofre com os impactos das transformações político-econômicas, que assolam o país. Desde o final da década de 1990, ela passou a ser orientada, elaborada e implementada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), o qual, por meio do Projeto Expande, objetivava criar Centros de Alta Complexidade (CACON) e capacitar profissionais para promover ações de prevenção, diagnóstico, controle e tratamento do câncer, em determinadas regiões do país, viabilizando o acesso aos serviços especializados na doença. Entretanto, no decorrer da década de 1990 e do primeiro quinquênio deste século, no Brasil, tem sido implantada uma série de normas, que reorientam a atenção básica, a média e alta complexidades, em nome de uma “integralidade de ações”, que distanciam o cidadão, ainda mais, do acesso aos serviços desse setor.

Enquanto o Estado não olha para a população, a solidariedade e similaridade de objetivos unem pessoas e entidades da sociedade civil em uma panacéia, que retrata a luta pela sobrevivência. Esse cenário está presente, em várias partes do país, e relaciona-se a diferentes grupos de pacientes, principalmente, quando esses apresentam um alto grau de vulnerabilidade social.

Como é o caso dos pomeranos - imigrantes europeus, que vieram para o Brasil, desde o final do século XIX, em busca de melhores condições de vida e formas de se refugiar das guerras, na terra natal – que está relacionado à sua vulnerabilidade biofísica ao câncer de pele – por isso, o alto índice de incidência dessa doença, entre eles – e cujo trato depende de um programa organizado e mantido por parceria. No Brasil, o Estado assume um papel mínimo nas responsabilidades de organização e manutenção do mesmo.

A grande maioria desses imigrantes são portadores de um tipo específico de pele, que, quando exposto aos raios ultravioleta do sol, é propício a queimaduras, que geram feridas e (ou) dermatoses que evoluem para o câncer de pele. Além dessa especificidade, outras características fazem dos pomeranos excelentes “fregueses” desse tipo de câncer.

Os pomeranos, devido à sua história de vida sofrida, se isolaram em comunidades, no norte e no centro do estado do Espírito Santo, ali, subsistindo das atividades da lavoura, em terras que arrendavam, ou trabalhando como meeiros para os donos das terras. Pouco falavam, ou mesmo não falavam, o português, casavam-se entre si e quase não mantinham contato com os grandes centros urbanos do estado. O principal meio de contatos deles eram os cultos da Igreja Luterana – que, em algumas comunidades, ainda hoje, são celebrados em alemão e pomerano –, onde várias famílias se reuniam e celebravam entre si.

E é essa Igreja que desempenha o papel principal na garantia de acesso desses imigrantes aos serviços de saúde pública, através da Associação Albergue Martin Lutero. Essa dinâmica de acompanhar e orientar os pomeranos, além de hospedá-los, inclui articular, com as instituições públicas, as possibilidades de agendamento de consultas e tratamentos e acompanhamento patológico dos pomeranos.

Essa ação da Igreja Luterana despertou o interesse de um dermatologista, que já estudava a incidência de câncer de pele, na região das colônias dos pomeranos, devido ao aumento da intensidade dos raios ultravioleta, na região, decorrente do grande desmatamento. Esse dermatologista propôs à Universidade Federal do Espírito Santo um projeto para atender a esses pomeranos, com o intuito acadêmico de estudar o câncer de pele, nessa população. A Igreja Luterana abraçou a idéia e, com o auxílio de voluntários e amigos, construíram um programa, que somente quando alcançou a sua “adolescência”, passou a receber apoio da Secretaria Estadual de Saúde e de algumas secretarias municipais.

Hoje, com 20 anos de existência, o Programa subsiste dos esforços da sociedade civil e outras entidades não-governamentais. O suporte do Estado ainda é mínimo, em relação à viabilização dos direitos previstos pela Constituição Federal, de 1988.

O Programa possui características que expressam o desenvolvimento dos ideais neoliberais, entre eles o modelo campanhista, que se assemelha às ações executadas por Oswaldo Cruz, no século passado. O perfil de medicina curativa, as ações de baixo custo, tendo grande parte de seus gastos financiada pela igreja ou por voluntários, transmitem uma cultura messiânica, que assume a responsabilidade dos cuidados dermatológicos da população dos municípios onde atua e permite a entrada do mercado nas ações de tratamento aos pacientes; não se enquadra na atenção básica do município, nem atende ao perfil de média ou alta complexidade dos procedimentos. Mas tem expressado bons resultados, no rastreamento e no combate ao câncer de pele, nas regiões pomeranas.

Com base nos atendimentos realizados pelo Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Interior do Estado do Espírito Santo, focado nos municípios de Santa Maria de Jetibá, Laranja da Terra e Pancas, observamos que o processo de descentralização e a normatização da saúde reorientaram a Política de Atenção Oncológica e configuraram uma desestruturação e uma precarização dos serviços e, portanto, desfavoreceram as ações de prevenção, detecção, tratamento e combate ao câncer de pele, cujos números de casos, que são compilados separadamente, favorecem a efetivação dos ideais neoliberais de minimização do Estado, com o repasse de suas responsabilidades para a sociedade civil.

Portanto, a análise da nova face das políticas de Saúde, no Brasil, com enfoque na atenção oncológica, nos revela que, a partir da Constituição Federal, de 1988, as mudanças sociopolíticas ocorridas, no país, com base numa conversão neoliberal de ações,

modificaram, radicalmente, a forma de conceber as políticas sociais brasileiras, as quais passaram a ser setorizadas, voltando-se seu foco para demandas individualizadas de grupos considerados “vulneráveis” socialmente, não se importando com a universalidade dos direitos sociais.

Esse perfil fragmentado não propicia o acesso aos serviços públicos de Saúde nem a efetivação da integralidade prevista para as políticas dessa área, pois, a cada dia, encontram-se, nas unidades, programas pobres destinados a um tipo de indivíduo que possui uma determinada característica e, naqueles, somente os arrolados têm direito à atenção à saúde. Para os demais, restam os serviços sucateados dos grandes hospitais públicos ou a atenção onerosa dos serviços privados de saúde.

Nesse contexto, a *atenção oncológica* é quase inexistente; os poucos serviços especializados possuem rigorosos critérios de absorção de pacientes e distam, consideravelmente, um do outro, criando desertos de atendimento, onde a população tem de percorrer horas e quilômetros para chegar a uma unidade especializada e, se atendida, retornar com longos espaços entre consultas, devido à superlotação da agenda de atendimento.

No bojo dessas características, há os pomeranos, que, em seus municípios, estão desprovidos da atenção oncológica e, em alguns deles, da atenção de média complexidade. Não havendo intervenções, no âmbito estatal, as pessoas se solidarizam e criam estratégias de suporte uns dos outros, para manter e ter acesso a tais serviços, em outros municípios ou mesmo nas instituições privadas de saúde. Também, em alguns casos, contam com as intervenções de instituições não-governamentais, que atuam nas demandas sociais e incorporam grandes projetos de apoio a esses indivíduos.

No caso dos pomeranos, ainda, há de se destacar a sua propensão biofísica ao câncer de pele, que, desde o final da década passada, foi constatada, por estudos médicos da Universidade Federal do Espírito Santo. Esse tipo de câncer é considerado, pela Política Nacional de Atenção Oncológica, como um caso a ser tratado pela atenção básica – se se tratar de não-melanoma, o que, pelas novas diretrizes que orientam a saúde, coloca tal responsabilidade sobre os municípios, que não executam tais atividades devido à baixa letalidade da doença, focando, assim, em situações de maior gravidade.

Diante disso, não detectamos nenhuma ação governamental direta de combate, prevenção e tratamento do câncer de pele, nesses municípios. Apenas identificamos, muito recentemente, uma pequena participação das secretarias estadual e municipais em um programa promovido pela Igreja Luterana com suporte da Universidade Federal. A ação estatal advinda da Universidade se torna a principal intervenção pública, porém, de caráter acadêmico e não de política de Saúde.

Essa situação nos desperta para entender o porquê de o câncer de pele, mesmo sendo o câncer que mais incide sobre brasileiros, receber pouca atenção das autoridades responsáveis pelas políticas de saúde, no Brasil. E, para a sua resposta, temos dois importantes focos: um, que se volta para a nova face das políticas sociais brasileiras; e o outro, para a gravidade e para o ônus que esse tipo de câncer gera para o Estado – ambos são pequenos, em relação aos demais tipos de câncer; portanto, numa “escolha de Sofia”, atende-se aos mais necessitados e se “esquece” dos portadores de câncer de pele.

Diante desse quadro, entendemos que, a partir da Constituição Federal, de 1988, o caráter universal conferido à Saúde tem sido, aos poucos, desmontado e transferida, para a solidariedade humana, a responsabilidade dos cuidados com os seus doentes. E as ações do Estado têm se restringido à promoção de serviços precários para os mais desprovidos da

sociedade e estimulado os demais à sua integração no mercado de serviços privados de saúde.

E, para isso, a descentralização atua como divisora de responsabilidades governamentais, que não são assumidas por ninguém e promovem uma grande crise na Saúde: as políticas brasileiras respectivas oferecem o cuidado paliativo para o estágio terminal de sua universalidade, equidade e igualdade, que estão fragmentadas em ações que refletem um trágico avanço em direção ao passado.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. *In*: SADER, Emir e GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1ª reimpressão, 1995, p.9-23.
- ANDRADE, Luis Odorico M. de. **Sistema de Salud de Brasil: normas, gestión y financiamiento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2002.
- ANTUNES, Ricardo. Dimensões da crise e as metamorfoses do mundo do trabalho. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano XVIII, n. 50, p. 78-86, abr. 1996.
- ARRETCHE, Marta T. S. A política da política de saúde do Brasil. *In*: LIMA, Nisia T. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 285-306.
- _____. Emergência e desenvolvimento do *Welfare State*: teorias explicativas. **BIB: Boletim Bibliográfico de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, n. 39, p. 3-40, 1 sem. 1995.
- ASSOCIAÇÃO ALBERGUE MARTIN LUTERO. **Relatório 2005**. Vitória (ES): AAML, 2005.
- _____. **Relatório 2006**. Vitória (E): AAML, 2006.
- BARROS, Luís Fernando S. de. O papel social da Universidade. *In*: ROJAS, Maria Yili. (Org.) **Du kaft rina Kooma: Programa de Assistência aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo, 15 anos**. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo. Pró-reitoria de Extensão, 2002, p.47-49.
- BEHRING, Elaine R. **Política social no capitalismo tardio**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- BEHRING, Elaine R. e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo, Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).
- BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano XXV, n.78, p. 48-68, mar, 2004.
- BRAVO, Maria Inês de S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo:Rio de Janeiro, Cortez:UFRJ, 1996.

- BROWN, F.H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. *In:* CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed.. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 393-414.
- CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 8 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.
- COIMBRA, Marcos. Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais. *In:* ABRANCHES, Santos e COIMBRA, Marcos (Org.). **Política social e combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- _____. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. *In:* LIMA, Nísia T. *et. al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.385-406.
- _____. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. *In:* LAURELL, Asa C. (Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 2002, p.225-244.
- DRAIBE, Sônia Miriam; WILNÊS, Henrique. *Welfare State*, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Rev. Bras. Ci. Soc.** V. 3, n. 6, p. 6-18, fev. 1988.
- ESCOREL, Sarah *et al.* As origens da reforma sanitária. *In:* LIMA, Nísia T. *et. al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 59-82.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do *Welfare State*. **Lua Nova**, n. 24, p.85-116, 1991.
- FERRONI, Marcelo. 10 versões para o fim do mundo. As verdades e as especulações sobre as principais ameaças à vida na Terra. **Galileu**. São Paulo, n. 146, set. 2003.
- GADELHA, Maria Inês P. Planejamento da assistência oncológica: um exercício de estimativas. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 534-543, out/nov/dez 2002.
- GIEMSA, Gustav; NAUCK, Ernst G. Uma viagem de estudos ao Espírito Santo. Tradução Reginaldo Sant'Ana. **Boletim Geográfico** do Conselho Nacional de Geografia, ano VIII, n. 88, 89 e 90, 1950. (Publicação original. Hamburgo: Universidade de Hanseática. *Anais Geográficos*, série D, Medicina e Veterinária, v. IV, 1939, p.451-701).

- GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sônia. Universalidade da atenção à Saúde como categoria de análise. *In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). Política de Saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p. 534-543.
- GÓIS, João Bosco da H. Proteção Social e Serviço Social: comentários a propósito da revisão curricular. *In: Caderno de Comunicações do VII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 7, 1995. Caderno de Comunicações.* Salvador, 1995.
- GONÇALVES, Reinaldo. Distribuição de riqueza e renda: alternativa para a crise brasileira. *In: LESBAUPIN, Ivo (Org.). O Desmonte da nação: balanço do governo FHC.* 4 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999, p. 45-74.
- GREMAUD, Amaury P.; VASCONCELLOS, Marco Antonio S. de; TONETO JÚNIOR, Rudinei. **Economia brasileira contemporânea: para cursos de economia e administração.** São Paulo: Atlas, 1996. 293 p.
- HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** São Paulo: Loyola, 1993.
- HOBSBAWM, Eric, J. **Era dos extremos: o breve século XX.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- IAMAMOTO, Marilda V. A questão social no capitalismo. **Temporalis.** Brasília, ano 2, n. 3, 2001.
- IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 12 ed. São Paulo: Cortez: Celats, 1998.
- JACOB, Jorge K. A adaptação dos pomeranos no Espírito Santo. *In: ROJAS, Maria Yili. (Org.). Du kaft rina Kooma: Programa de Assistência aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo, 15 anos.* Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo. Pró-reitoria de Extensão, 2002, p.47-49.
- JACOBSEN, Adriana. As marcas dos alemães no Espírito Santo. S/d. **Deutsche Welle.** Ed. *online*, em português. Disponível em: http://www.dw-world.de/dw/article/0,2144,1313499_page_2,00.html
- JUNGER, Washington L. *et. al.* Associação entre mortalidade diária por câncer de pulmão e poluição do ar no município do Rio de Janeiro: um estudo ecológico de séries temporais. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 111-115, 2005.
- KAMEYAMA, Nobuco. Notas introdutórias para a discussão sobre reestruturação produtiva e Serviço Social. *In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). A nova fábrica de consensos.* 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000, p.7-22.

- KLIGERMAR, Jacob. Avaliação da assistência oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 481-484, Out/Nov/Dez 2002.
- LAPEYRONNIE, Dedier. A questão social ontem e hoje. **Revista Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social**. Rio de Janeiro, n. 8, p. 32-55, 1 sem. 2003.
- LAURELL, Asa C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. *In: LAURELL, Asa C. (Org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 151-178.
- LESBAUPIN, Ivo (Org.). **O desmonte da nação: balanço do governo FHC**. 4 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.
- LIMA, Nísia T. *et al.* A saúde na construção do estado nacional do Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica. *In: LIMA, Nísia T. et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.26-58.
- LIMA, Nísia T. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 15 ed. Livro primeiro. V. 1. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- _____. Glosas críticas marginais ao artigo “O Rei da Prússia e a Reforma Social”. De um prussiano. Tradução de Ivo Tonet. **Revista Práxis**. Belo Horizonte, n. 5, 1995. Projeto Joaquim de Oliveira, 1995. [Primeira edição em *Vorwärts*. N. 63, 7 ago 1844]. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1844/08/glosascriticas.htm>. Acesso em: 20 nov 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de S. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.
- MIRRA, Antonio Pedro (Ed.). **Registros de câncer no Brasil e sua história**. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. 2005. Disponível em: <http://hygeia.fsp.usp.br/rcsp/registros%20e%20historia.pdf>. Acessos: vários ao longo de 2005 e 2006.
- NEIVA, Paula. Malignos, comuns e traiçoeiros. **Veja**. São Paulo. Edição 1830, 26 de novembro de 2003. Especial, p. 144-151.
- NETO, Otávio C. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In: MINAYO, Maria Cecília de S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 23 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994, p. 51-66.
- NETTO, José Paulo. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo. Ano XXV, n. 79, p. 5-26, set. 2004.

- _____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** 6 ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- _____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 3 ed. ampl. São Paulo: Cortez, 2001a.
- _____. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis.** Brasília, ano 2, n. 3, p. 41-50, jan-jul. 2001b.
- _____. FHC e a política social: um desastre para as massas trabalhadoras. *In:* LESBAUPIN, Ivo (Org.). **O Desmonte da nação: balanço do governo FHC.** 4 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999, p. 75-90.
- _____. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo, ano XVIII, n. 50, p. 86-132, abr. 1996.
- _____. Repensando o balanço do neoliberalismo. *In:* SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** 1 reimp. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p.29-34.
- OLIVEIRA, Francisco de. Neoliberalismo à brasileira. *In:* SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** 1 reimp. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p.24-28.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Câncer.** Genebra: Organização Mundial da Saúde. Nota descritiva N° 297. Fevereiro, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>. Acesso em: 20 jan. 2007.
- OTTO, Shirley E. **Oncologia.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. (Coleção Enfermagem Prática).
- PEREIRA, Potyara A. P. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do estado e da sociedade civil. **Revista SER SOCIAL.** Brasília, n. 6, p.119-132, jun. 2000.
- _____. A política social no contexto da seguridade social do *Welfare State*: a particularidade da assistência social. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo, ano XIX, n. 56, p. 60-76, 1998.
- PETRAS, James. **Brasil e Lula: ano zero.** Blumenau (SC): Edifurb, 2005.
- PIZZATTO, Luiz Pedro. **Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro: Pro-Onco/NUTES, 1990. 158 p.
- RESS, G.J.G. Câncer. **Guia da Saúde Familiar.** Isto É Senhor. São Paulo: Comunicação 3, 2001.

- ROCHA, Rita. Pomeranos. Sentindo na pele. *In: ROJAS, Maria Yili. (Org.). Du kaft rina Kooma: Programa de Assistência aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo, 15 anos.* Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo. Pró-reitoria de Extensão, 2002, p. 88–91.
- ROJAS, Maria Yili. (Org.). *Du kaft rina Kooma: Programa de Assistência aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo, 15 anos.* Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo. Pró-reitoria de Extensão, 2002.
- RÖLKE, Helmar R. Quem são os pomeranos. *In: ROJAS, Maria Yili. (Org.). Du kaft rina Kooma: Programa de Assistência aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo, 15 anos.* Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo. Pró-reitoria de Extensão, 2002, p. 42-46.
- _____. **Descobrimos raízes, aspectos geográficos, históricos e culturais da Pomerânia.** Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo. Secretaria de Produção e Difusão Cultural; 1996.
- ROMANO, B. W. **Princípios para a Psicologia Clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- SABBI, Ricardo A. **Câncer: conheça o inimigo.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- SANTOS NEVES, Maria Clara M. **Além das aparências: memórias da dermatologia no Espírito Santo.** Vitória (ES): Sociedade Brasileira de Dermatologia/Regional Espírito Santo, 2003, p. 240.
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 2 v.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. V.1.
- SIMIONATTO, Ivete. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. **Revista Inscrita**, Brasília, ano I, n. 1, 1997.
- SOARES, Maurício Caetano M. Desafios do Serviço Social na atenção aos pacientes oncológicos. *In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 10, 2006.* Recife. CD-ROM. **ANAIS.** Brasília (DF): ABEPSS/CFESS, 2006a.
- _____. Câncer – a construção de uma nova era. *In: Congresso Mundial de Saúde Coletiva, 11; Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 8. 2006.* Rio de Janeiro. CD-ROM. **ANAIS.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006b.
- SOARES, Maurício Caetano M.; LEITE, Janete Luzia. O Serviço Social frente à assistência oncológica. *In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 8. Juiz de Fora (MG), 2002.* CD-ROM. **ANAIS.** Brasília (DF): ABEPSS:CFESS, 2002.

- TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard (Org.) **Políticas, instituições e AIDS**. Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar:ABIA, 1997. Cap. 2, p. 43-68.
- TIEZZI, Sérgio. A organização da política social do governo Fernando Henrique. **São Paulo Perspec.** [on-line]. São Paulo. v. 18, n. 2, abr/jun. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000200006&script=sci_arttext Acesso em 20 jan. 2007.
- TRESSMANN, Ismael. O convite e a participação do *Hochtijdbirar* na festa de casamento pomerano. In: ROJAS, Maria Yili. (Org.). *Du kaft rina Kooma: Programa de Assistência aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo, 15 anos*. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo. Pró-reitoria de Extensão, 2002, p. 60-67.
- UGÁ, Vivian D. A categoria “pobreza” nas formulações de política social do Banco Mundial. **Revista de Sociologia e Política**. Curitiba, n. 23, p.55-62, nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n23/24621.pdf>. Acesso em 20 jan. 2007.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES). Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo. **Pro-Ex Notícias**. Vitória (ES), 05 abr. 2006. Disponível em: http://www.proex.ufes.br/noticias2006_programa_assistencia_dermatologica.html
- VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.
- VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.
- WAGEMANN, Ernst. (1915). A colonização alemã no Espírito Santo. Rio de Janeiro: **Boletim do Serviço Geográfico**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1948-1949.
- WIKIPEDIA. A Enciclopédia Livre. Verbetes: **pomeranos**. Disponível em: <http://www.wikipedia.org>. Acesso em: 30 set. 2007.
- YASBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1996, p.35-59.
- DOCUMENTOS JURÍDICOS E OUTROS DOCUMENTOS OFICIAIS**
- **CONSTITUIÇÃO**
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 19, de 09 de junho de 1998. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Publicado no D.O.U. eletrônico 14.9.2000. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm

▫ LEIS

BRASIL. **Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Publicado no D.O.U de 8.12.1998. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicado no D.O.U. de 20.9.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

_____. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Publicado no D.O.U. de 31.12.1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

_____. **Lei Nº 6.439, de 1º de setembro de 1977.** Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Publicado no D.O.U. de 2.9.1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6439.htm

_____. **Lei Nº 6.229, de 17 de julho de 1975.** Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. publicado no D.O.U. de 18.7.1975. [Revogada pela Lei nº 8.080, de 19.9.1990.](#) Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6229.htm

▫ DECRETOS

BRASIL. **Decreto Nº 3.496, de 1º de junho de 2000.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Publicado no D.O.U de 2.6.2000 [Revogado pelo Decreto nº 3.774, de 15.3.2001.](#) Íntegra disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3496.htm

_____. **Decreto Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. “Lei Eloy Chaves”.** Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Publicado no DOU de 28/01/23. Íntegra disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>

▫ **PORTARIAS [e normas instituídas por Portarias].**

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.**

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:

<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/PORTARIA%20Nº%20399.doc>

_____. **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. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/ss/PORTARIAS/Port2005/GM/GM2439.htm>

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002** (Publicada pela Portaria nº 373 GM/MS, de 27 de fevereiro de 2002; atualiza as prerrogativas emanadas pela NOAS 01/2001, que tem seus efeitos cessados a partir da publicação da NOAS 01/2002). Disponível em:

<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001.** (Instituída pela Portaria nº 95 GM/MS, de 26 de janeiro de 2001; amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios). Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>

_____. **Portaria/SAS/MS Nº 113, de 31 de março de 1999.** Estabelece que a abertura de qualquer Serviço de Radioterapia e/ou Quimioterapia, isolado, deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, em nível local e estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade da sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem o qual o SUS não se obriga ao cadastramento. Publicação: DO 62-E, de 01 de abril de 1999. Disponível em:

http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_canc/SAS_P113_99alta_canc.doc

_____. **Portaria/GM/MS Nº 3.536, de 2 de setembro de 1998.** Implanta Formulários/Instrumentos e regulamenta sua utilização na Sistemática da Autorização e Cobrança dos Procedimentos Ambulatoriais na área do câncer e dá outras providências. Publicação: DO 169-E, de 03 de setembro de 1998. [Republicada no DO 247, de 24/12/98, por ter saído com incorreção do original.](#) Disponível em:

http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_canc/GM_P3.536_98alta_canc.doc

_____. **Portaria/GM/MS Nº 3.535, de 2 de setembro de 1998.** Estabelece critérios para cadastramento de Centro de Atendimento em Oncologia. Revoga a PRT/SAS/MS Nº 170, de 17/12/93 – DO 241, de 20/12/93. Publicação: DO 169-E, de 03 de setembro de 1998. [Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DO 169, de 3/9/98.](#) Disponível em:

http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_canc/GM_P3.535_98alta_canc.doc

_____. **Portaria/GM/MS Nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997.** Dispõe sobre o Piso de Atenção Básica (PAB). [Torna sem efeito os itens 12.1.1, 12.1.2, 13.1.1, 15.1.3 b,

15.2.3 c, 16.3.3 b, 16.4.3 c, 17.5, 17.12, 17.13 da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96, aprovada pela Portaria 2203, de 05 de novembro de 1996]. Publicação: DO 247-E, de 22/12/97.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 01/96.** (Instituída pela Portaria nº. 1742 GM/MS, de 30 de agosto de 1996; promove e consolida o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS). Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>

▫ OUTROS DOCUMENTOS OFICIAIS

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação e Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>

_____. Ministério da Ciência e Tecnologia. Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos. Instituto Nacional de Pesquisa. Divisão de Satélites e Sistemas Ambientais. **O que é Índice Ultravioleta?** [on-line] Brasília; Disponível em: www.satelite.cptec.inpe.br/uv/o_que_e_iuv.html. Acesso em: agosto de 2004.

_____. **Previsão do tempo** [on-line] Brasília. Disponível em www.satelite.cptec.inpe.br/tempo/indice_uv.shtml . Acesso em: fevereiro de 2005.

ESPÍRITO SANTO (Estado do). Secretaria Estadual de Saúde (SESA). **Cadernos de Saúde.** Vitória (ES): 2006. Disponível em: <http://www.Saude.es.gov.br>. Acesso em: julho de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Câncer.** Rio de Janeiro: INCA. Disponível em <http://www.inca.gov.br/cancer> . Acesso em: janeiro 2007.

_____. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional.** Rio de Janeiro: INCA, 2003. V. 3.

_____. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (CONTAPP). **Falando sobre câncer e seus fatores de riscos.** 2 ed. Rio de Janeiro: INCA/ CONTAPP, 1997.

_____. **Câncer de boca.** Manual de detecção de lesões suspeitas. 2 ed. rev e atual. Rio de Janeiro: INCA/Pró-Onco, 1996. [il. col.].

SÍTIOS NA INTERNET.

Arquivo Marxista na Internet. <http://www.marxists.org/portugues>

Deutsch Welle. www.dw-world.de

Instituto Nacional do Câncer. <http://www.inca.gov.br>

Ministério de Ciência e Tecnologia. <http://www.mct.gov.br>

Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos. Instituto Nacional de Pesquisa. Divisão de Satélites e Sistemas Ambientais. <http://www.satelite.cptec.inpe.br>

Ministério da Previdência Social. DATAPREV. Legislação.

<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/>

Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br>

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/>
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.
<http://siops.datasus.gov.br>

Organização Mundial de Saúde. <http://www.who.int>

Presidência da República. Legislação. <http://www.presidencia.gov.br/legislacao/>

Scientific Electronic Libray Online – Scielo Brazil. <http://www.scielo.br>

Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA).

<http://www.Saude.es.gov.br>

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). <http://www.ufes.br>

Pró Reitoria de Extensão. <http://www.proex.ufes.br>

Universidade de São Paulo (USP). <http://www.usp.br>

Faculdade de Saúde Pública da USP. <http://hygeia.fsp.usp.br>

WIKIPEDIA – enciclopédia livre (em português). <http://pt.wikipedia.org>

ANEXOS

ANEXO 1

As marcas dos alemães no Espírito Santo

Matéria de Adriana Jacobsen, para o *Deutsche Welle*.

Adriana Jacobsen | www.dw-world.de | © Deutsche Welle.

As marcas dos alemães no Espírito Santo *



Desfile alegórico em Domingos Martins em comemoração da chegada dos primeiros alemães

Desde 1847, alemães marcam presença no Estado que tem a maior concentração de pomeranos do Brasil. Influência dos imigrantes deixou marcas e manifesta-se em muitos setores da vida capixaba.

Até meados do século 19, somente a faixa costeira do Espírito Santo havia sido ocupada. Os primeiros a desbravar a serra no interior do Estado foram imigrantes da região de Hunsrück na Alemanha. Eram 39 famílias, 26 luteranas e 13 católicas, que em 1847 chegaram ao Brasil com a expectativa de se fixar no Sul do país, onde o clima era semelhante ao de sua terra natal. D. Pedro II, reconhecendo a necessidade de desenvolver o maciço central do Espírito Santo, ainda habitado por índios botocudos, resolveu enviar o grupo de 163 recém-chegados a essa área montanhosa e de clima ameno, para fundarem a colônia de Santa Isabel.

Desânimo inicial e conflito religioso

A princípio, cada família recebeu do governo uma parcela de 50 hectares de terra para o cultivo, além de uma ajuda de custo; não era uma doação, mas um empréstimo a ser pago a prazo. Após a demarcação das terras, cada família construiu uma primeira casa, de barro e folhas de palmeiras.

A grande distância entre as famílias, os perigos da mata, a dificuldade de adaptação à alimentação estranha (feijão preto, mandioca e caça), as cobras, a praga dos insetos e a falta de apoio por parte das autoridades contribuíram para o desânimo inicial. Nos primeiros dez anos, a mortalidade chegou a superar a natalidade, as 38 famílias com 163 pessoas passaram para 39 famílias com 158 pessoas.

Além de todas as dificuldades iniciais, a convivência entre as famílias católicas e luteranas se deteriorou. A Vila de Viana, centro mais próximo da colônia de Santa Isabel, havia sido colonizada por católicos açorianos que se recusavam a negociar com os luteranos, dando exclusividade aos colonos católicos. O clima de hostilidade entre os grupos dividiu a colônia e retardou o desenvolvimento social das comunidades.

Os católicos, que inicialmente freqüentavam a igreja de Viana, se opunham à construção de uma igreja luterana. Os luteranos, resistindo à oposição, construíram sua primeira igreja em uma localidade um pouco mais acima de Santa Isabel, dando origem à atual Domingos Martins. Foi a primeira igreja luterana do Brasil.

Prosperidade e crescimento

* Disponível em: http://www.dw-world.de/dw/article/0.2144.1313499_page_2.00.html

Em 1858, o ex-oficial prussiano Adalberto Jahn assumiu a administração da colônia de Santa Isabel e os problemas econômicos de maior urgência começaram a ser resolvidos. Além disso, a reorganização social em torno da igreja e a criação de escolas trouxe certa estabilidade social. Logo vieram outros imigrantes atraídos pela promessa de terras e trabalho.

Em meados de 1860, a colônia de Santa Isabel já era constituída por 628 pessoas, imigrantes da mesma região dos pioneiros, bávaros e prussianos entre outros. Os colonos já colhiam dez mil arrobas de café e os alojamentos temporários foram substituídos por casas mais resistentes. A vida começou a melhorar.

Com a prosperidade, a tendência inicial se inverteu e a natalidade passou a superar a mortalidade, de tal forma que em 1912 a taxa anual de crescimento vegetativo entre os colonos era de 4% e a mortalidade, mínima. Famílias com 12 a 20 filhos eram comuns.

A colônia de Santa Isabel ainda se encontrava isolada na região serrana do Espírito Santo, quando uma nova leva de imigração deu início ao que mais tarde se tornaria um complexo de colônias européias bastante peculiar e relativamente desconhecido fora do Estado.

Santa Leopoldina – região de todas as Europas

D. Pedro II, animado com o sucesso da primeira empreitada, permitiu o assentamento de novos grupos de imigrantes. Surgiram novas colônias imperiais, como a de Santa Leopoldina em 1857, onde chegaram principalmente imigrantes da Prússia, Saxônia, Hessen, Baden e Baviera, além de outras regiões da Alemanha.



Com a grande leva de alemães, vieram também famílias de luxemburgueses, austríacos do Tirol, holandeses e suíços, entre outros. Hoje, encravadas nas encostas das montanhas, próximas a rios e cachoeiras e muitas vezes ainda cercadas pela Mata Atlântica, o visitante encontra vilas com o nome de Tirol, Nova Holanda, Luxemburgo ou Suíça.

A imigração durou até 1879, quando só em Santa Leopoldina os colonos e seus descendentes já eram cerca de sete mil, número que subiu para 18 mil em 1912. Em 1960, calculava-se a existência de cerca de 73 mil teuto-capixabas, ou seja, 6% da população do Estado. Em 1980 esse número já estava por volta de 145 mil. Hoje estima-se que vivem no Espírito Santo aproximadamente 250 mil descendentes de imigrantes alemães.

A maior Pomerânia brasileira



O ano de 1859 inaugurou uma reestruturação étnica decisiva para as colônias, com a chegada em grande número de colonos da Pomerânia, na época uma província prussiana que conservava sua identidade cultural particular frente às diversas tentativas de dominação por parte de dinamarqueses, suecos e alemães. A Pomerânia compreendia uma estreita faixa entre o Mar Báltico e a Polônia, onde dominava a grande propriedade. A tradição ali era que somente um dos filhos herdasse a propriedade paterna, aos outros restava a opção de trabalhar em terras alheias ou emigrar.

Enquanto em outros estados brasileiros os pomeranos eram minoria entre os colonos alemães, no Espírito Santo aconteceu o contrário. De 1859 em diante os pomeranos, de confissão luterana, aportaram aos milhares e se tornaram maioria absoluta entre os colonos alemães. Assentados entre serras e matas, distante dos centros comerciais, os pomeranos foram submetidos a um isolamento que contribuiu para a preservação de sua cultura original.

Concentrados principalmente em Santa Maria de Jetibá e seus arredores, Pancas, Laranja da Terra, Vila Pavão, Santa Leopoldina e Domingos Martins, estima-se uma população de 120 mil pomeranos no Espírito Santo, a maior concentração em todo o Brasil.

"Pomerod" – língua dominante

Ignorados pelo poder público, sem acesso ao ensino do português, comunicando-se raramente com pessoas de fora da colônia e dependendo quase que exclusivamente da iniciativa das igrejas para a educação de seus filhos, os colonos não tiveram outra possibilidade senão continuar a falar seus dialetos. Se a princípio os diversos grupos alemães falavam cada qual seu dialeto particular, com o passar do tempo, o "pomerod", dialeto pomerano comum, acabou prevalecendo.

O professor Frederico Herdmann Seide, estudioso da imigração alemã no Espírito Santo, explica que havia uma divisão natural, o Rio Jucu, entre a colônia dos pomeranos e a dos *hunsrückers*. De acordo com o relato dos antigos e o registro das igrejas luteranas, se deduz que já a primeira geração de brasileiros desrespeitou essa linha divisória.

Os *hunsrückers* tiveram mais filhos (homens), enquanto havia mais mulheres entre os pomeranos jovens. Em uma festa da igreja, os rapazes do lado direito do rio encontraram-se com pomeranas do outro lado, no campo delas, e o resultado foi o esperado. A partir daí, muitos meninos e meninas da colônia dos *hunsrückers* passaram a falar o dialeto pomerano da mãe.

"Ik bin pommer" – a revalorização das raízes

A tendência externa de folclorizar os pomeranos não se baseia tanto na realidade local como em uma expectativa anacrônica daqueles que se encantam ou surpreendem com esse grupo étnico, ainda relativamente homogêneo, que já desde a Europa resistia à assimilação cultural.

O isolamento em que viviam os pomeranos, seja por vontade própria ou por força das circunstâncias, contribuiu não só para a sobrevivência das tradições e do dialeto. A falta de contato também contribuiu para o surgimento de especulações sobre os pomeranos, gerando algumas vezes desinformação prejudicial à comunidade.

O trabalho na lavoura em áreas desmatadas com pouca sombra, o uso de agrotóxicos e a exposição diária ao sol intenso causaram entre os descendentes um câncer de pele, o "câncer ecológico", que provocou mutilação e morte entre os pomeranos, fato que se tornou conhecido até internacionalmente. Uma iniciativa da Igreja Luterana e da Universidade Federal do Espírito Santo criou há 15 anos um programa de tratamento e prevenção que ajudou a resgatar a auto-estima local, abalada pela doença e sua repercussão na mídia.

Hoje, os descendentes dos colonos estão presentes em todas as esferas político-administrativas e intelectuais da região. A nova geração está cada vez mais consciente da

necessidade de manutenção e valorização de uma identidade própria, viva e atual, portanto em transformação.



Além das famosas e inúmeras festas promovidas pelas cidades, com temas diversos, normalmente ligados à agricultura, existem uma rádio e um jornal pomeranos e já foi lançado um CD de rock pomerano e outro de concertina. Os grupos de música e dança folclóricas foram pioneiros nesse processo de revitalização. Entre os grupos musicais merecem destaque os Pomeranos de Melgaço, o Isarbohn de Laranja da Terra, a dupla de paródias Rodolfo e Fredolin de

Vila Valério, além do grande número de tocadores de concertina, o principal instrumento pomerano.

O antropólogo e lingüista Ismael Tressmann planeja lançar, até o final do ano, um dicionário com aproximadamente 15 mil palavras pomeranas e informações históricas, geográficas e etmológicas. Há também um projeto para ensinar o "pomerod" nas escolas locais. Além disso, um dos rituais mais importantes entre os pomeranos, o casamento, volta a ser celebrado pelos jovens na forma tradicional.

Imigração alemã – influência no real e imaginário

São muitas as histórias que ficaram da colonização e que continuam sendo transmitidas principalmente pela tradição oral nas famílias. Uma das personagens mais conhecidas é a alemã Martha Wolkart, figura mitológica que, no início do século passado, oscilando entre atos de bondade e tirania, protegia e aterrorizava a população local com seu bando de jagunços.

Dona Martha cuidava por um lado dos mais necessitados, enquanto ordenava assassinatos, oprimindo qualquer dissidência e dominando por completo a vida pública e econômica local através do medo.

Uma figura de destaque é Roberto Kautsky, pesquisador de renome internacional e profundo conhecedor da Mata Atlântica. Sua pesquisa contribuiu para o descobrimento de mais de 130 novos gêneros de bromélias, entre outras plantas e animais. A fábrica de chocolates Garoto também é produto de um imigrante alemão mais recente, Helmut Meyerfreund, que em 1929 começou sozinho com a fabricação de balas e bombons.

ANEXO 2

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DERMATOLÓGICA AOS
LAVRADORES POMERANOS DO ESPÍRITO SANTO.**

PRO-EX NOTÍCIAS. 5 de abril de 2006.

Notícias

05-04-2006

Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo

O tratamento às comunidades pomeranas começou há mais ou menos 20 anos, quando eles mesmos se organizaram e adquiriram um albergue próximo ao Hospital das Clínicas para abrigar os doentes que não tinham tratamento em suas localidades. Segundo o professor Luiz Fernando Soares, "o atendimento era feito em maior escala no departamento de Dermatologia, onde os pacientes eram trazidos por um agente comunitário responsável pela comunicação dos pomeranos que não falavam o português".

O livro *du kaft rina kooma/Você pode entrar a porta estará aberta*, publicado em edição bilíngüe em 2002, registra com textos e imagens os 15 anos da programa dermatológico. Apesar de não ter sido registrada uma queda significativa no número de casos de câncer de pele, o tamanho dos tumores diminuiu consideravelmente graças à intervenção da equipe da Ufes.

O *Programa de Assistência Dermatológica aos Lavradores Pomeranos do Espírito Santo* visita anualmente as comunidades de Palmeira Santa Joana, Serra Pelada, São João do Garrafão, Vila Valério, Pancas, Domingos Martins, São Roque do Canaã, Crisciúma, Baixo Guandu, Santa Maria de Jetibá e Vila Pavão. As viagens acontecem em um final de semana de cada mês e, na maioria dos casos, os tumores são operados no próprio local de atendimento. "Só em caso extremos os pacientes são levados para o Hospital das Clínicas" explicou Soares.

A ação é uma parceria entre UFES, Secretaria de Saúde do Estado, Comunidade Pomerana e Prefeituras locais. Conta com a participação de cerca de 30 pessoas entre alunos, professores, cirurgiões plásticos e dermatologistas, auxiliares, profissionais de enfermagem, motoristas e membros das comunidades envolvidas.

Fotos do Programa de Assistência Dermatológica



Lavradores pomeranos trabalhando no campo



Atendimento prestado a um lavrador pomerano



Algumas intervenções são feitas na própria comunidade



Dedicação dos médicos no tratamento aos pacientes



Toda a comunidade se envolve com o programa

O câncer é uma das doenças que mais preocupam a população brasileira e ele pode atingir várias partes do corpo humano. A pele, nosso maior órgão, é também o seu maior alvo. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), de todos os tumores malignos registrados no país, 25% são de pele. Ele é mais comum em indivíduos de pele branca e acima de 40 anos.

Memória Viva da Extensão: outras iniciativas da Ufes que trabalharam com a temática câncer foram o *Programa de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer e demais Patologias da Boca* (coordenado pela professora Ivette Becalli Andrade da Clínica Odontológica) iniciado em 1998; o projeto *Implantação das atividades de identificação e controle do câncer cérvico uterino e mama* e o curso *Atualização em câncer de mama cérvico uterino: aspectos preventivos e curativos* (ambos coordenados pela professora Maria Helena Costa Amorim do departamento de Enfermagem) de 1993.

ANEXO 3

Pesquisa de Câncer Cutâneo – 1990-1995

PESQUISA DE CÂNCER CUTÂNEO

COMPUTAÇÃO DE DADOS DE PACIENTES ATENDIDOS ENTRE 1990 E 1995

Pesquisa de Câncer Cutâneo

Itens	Casos de Não Câncer = 9861				Casos de Câncer = 493			TOTAL
	<i>Outros atendimento</i>	<i>Com suspeita de câncer=338</i>						
		Melanoma	CEC	CBC	Melanom ?	CEC	CBC	
n.º de pacientes	9523	18	35	285	17	35	441	10354
Sexo								
Masculino	4248	8	18	138	4	22	210	4648
Feminino	5270	10	17	146	12	13	226	5694
Ignorado	5			1	1		5	12
Estado Civil								
Solteiro	3403	3	3	30	2	3	33	3477
Casado	5616	14	30	207	11	24	235	6137
Viúvo	373	1	2	37	1	5	49	468
Desquitado	96			5			1	102
Ignorado	35			6	3	3	123	170
Data de Nasc.								
1900-10	72		3	7	2	2	9	95
1911-20	352	2	4	46		2	66	472
1921-30	679	4	7	52	1	10	58	811
1931-40	1101		10	67	4	9	79	1270
1941-50	1215	5	1	50	1	4	69	1345
1951-60	1625		7	46	5	3	42	1728
1961-70	1594	2		16	1	1	19	1633
1971-80	1495	3	2	5		1	4	1510
1981-90	1079	1					1	1081
1991-95	214							214
Ignorado	87	1	1	6	3	3	94	195
Atividade Princ.								
Lavrador	5633	10	30	211	10	24	243	6161
Professor	162			1			2	165
Comerciário	68			3		1	4	76
Bancário	7							7
Estudante	681			1			2	684
Motorista	62			2	1			65
Menor	378			2				380
Do Lar	781		3	18	1	2	16	821
Costureiro	42						1	43
Servente	18							18

Dentista	18			1	1		4	24
Pastor	10							10
Pedreiro	747	1		5			2	755
Outros	15	2	1	10		2	6	36
Ignorado	901	5	1	31	4	6	161	1109
Idade Início								
< 9	1389	4	11	49	5	5	37	1500
10-15	965	3	10	60	2	8	58	1106
16-20	184		1	7			4	196
>21	315	1	1	23			9	349
Ignorado	6670	10	12	146	10	22	333	7203

Pacientes	Casos de Não Câncer = 9861				Casos de Câncer = 493			TOTAL
Itens	<i>Outros atendimento</i>	<i>Com suspeita de câncer=338</i>						
		Melanoma	CEC	CBC	Melanom	CEC	CBC	
n.º de pacientes	9523	18	35	285	17	35	441	10354
Origem Materna								
Pomerana	2355	6	11	88	4	10	85	2559
Alemã	1592	7	14	84	2	8	85	1792
Italiana	1008		3	16		2	17	1046
Holandesa	87							87
Portuguesa	128			1			1	130
Belga	16							16
Suiça	3							3
Africana	26							26
Ignorada	4308	5	7	96	11	15	253	4695
Origem Paterna								
Pomerana	3928	7	15	125	8	15	149	4247
Alemã	2081	8	14	85	2	9	93	2292
Italiana	781		3	13		3	15	815
Holandesa	44			1				45
Portuguesa	215						1	216
Belga	7							7
Suiça	4			1				5
Africana	45							45
Ignorada	2420	3	3	60	7	8	181	2682
Tipo de Pele								
1	793	2	9	53		7	61	925
2	1441	7	13	72	7	6	54	1600
3	464			6	1	2	5	478
4	270	1		1			1	273
5	122						2	124
Ignorado	6433	8	13	153	9	20	318	6954
Gr. Distr. Solar								
Leve	3719	8	8	77	4	9	72	3897
Forte	1489	5	16	89	5	7	113	1724
Severo	477	1	7	65	1	10	57	618
Ausente	1073	1	1	5	1	1	7	1089
Pré-distrófico	291	2	2		1	1		297
Ignorado	2474	1	1	49	5	7	192	2729
Hor. de Exp. Sol								
- 9 + 14 h.	725	4	5	29	1	4	18	786

+ 9 - 14 h.	254	1	4	19		1	15	294
Ambos	1880	6	13	82	1	9	83	2074
Ignorado	6664	7	13	155	15	21	325	7200

Itens	Pacientes		Casos de Não Câncer = 9861			Casos de Câncer = 493			TOTAL
	Outros atendimento	Com suspeita de câncer=338			Melanom	CEC	CBC		
		Melanoma	CEC	CBC					
n.º de pacientes	9523	18	35	285	17	35	441	10354	
Uso Prot. Solar									
Chapéu	1445	7	16	87	1	6	50	1612	
Manga comprida	65		1	5			4	75	
Calça comprida	112	1	2	10			11	136	
Filtro solar	73		1			1	4	79	
Chapéu + Manga comp.	103			6	2		3	114	
Chapéu + Manga c. + Calça	181	2	2	7	1	3	6	202	
Chapéu + Calça comp.	162		1	7		3	11	184	
Ignorado	7382	8	12	163	13	22	352	7952	
Câncer Pele F.									
Sim	999	6	6	60		6	79	1156	
Não	6329	10	25	156	10	24	180	6734	
Ignorado	2195	2	4	69	7	5	182	2464	
Out. Câncer F.									
Sim	1009	6	9	54	2	3	48	1131	
Não	2817	5	16	103	5	10	95	3051	
Ignorado	5697	7	10	128	10	22	298	6172	
Consangüinidade									
Sim	457	2	2	28		3	13	505	
Não	2668	8	20	106	4	11	95	2912	
Ignorado	6397	8	13	151	14	21	333	6937	
Ano Atendimento									
1990	1407	1	1	35	2	7	81	1534	
1991	2024	2	6	51	3	3	77	2166	
1992	1603	5	5	57	3	3	41	1717	
1993	1492	3	2	40	3	12	68	1620	
1994	2008	5	13	81	1	5	56	2169	
1995	929	2	8	19	4	5	64	1031	
Ignorado	60			2	1		54	117	
Local Lesão									
Cabeça	3086	4	22	232	9	20	353	3726	
Membros superiores	1910	4	7	20		7	26	1974	

Membros inferiores	1446	4	3	5		2	4	1464
Tronco	1097	6	2	21	4	3	25	1158
Todo tegumento	823						2	825
Ignorado	1161		1	7	4	3	31	1207
Mais de 1 Lesão								
2	1318	2	12	60	4	4	83	1483
3	353		2	22	1	4	38	420
4	109	1	1	10		3	22	146
5	30			4	2	2	10	48
+6	17	1		1		2	9	30

ANEXO 4

RELATÓRIOS DA ASSOCIAÇÃO ALBERGUE MARTIN LUTERO
2005, 2006



Associação Albergue
Martim Lutero

Rua Francisco de Alvarenga Rabelo, 201 - Maruípe - Vitória-ES - CEP 29043-720 - Tel.: (27) 3225 5386

AAML 30/06

Vitória-ES, 16 de junho de 2006.

À

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá

Prezados Senhores,

O Projeto Dermatológico (convênio firmado entre UFES, Secretaria Estadual de Saúde, Associação Albergue Martim Lutero e Prefeituras onde o projeto atua) esteve no município de Santa Maria de Jetibá, nos dias 27 e 28 de maio do corrente.

A equipe do projeto que prestou o atendimento em São João do Garrafão - Santa Maria de Jetibá, foi a seguinte: 05 (cinco) médicos, 28 (vinte e oito) alunos do curso de Medicina da UFES, 05 (cinco) enfermeiros, cedidos pelo HUCAM, 01 (um) representante da Associação Albergue Martim Lutero, 01 (um) pessoa que faz parte da equipe de voluntários desta Associação, 07 (sete) motoristas, responsáveis pelo transporte dos médicos e dos alunos e 01 (um) estagiário de Serviço Social.

Contou-se com o apoio da Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá, da Secretaria Municipal de Saúde e da Comunidade Luterana local com 38 pessoas envolvidas no trabalho e também da Escola Família.

Durante os dois dias foram feitas 188 (cento e oitenta e oito) novas fichas e 78 (setenta e oito) pessoas retornaram, totalizando 264 (duzentos e sessenta e quatro) atendimentos. Foram realizadas também 54 (cinquenta e quatro) cirurgias, 27 (vinte e sete) eletrocauterizações e 63 (sessenta e três) criocauterizações. Tivemos 34 (trinta e quatro) casos suspeitos de câncer. Os dados para pesquisa de religião foram: Luteranos (IECLB) = 182, IELB = 32, Católicos = 21.

Informamos que o trabalho ocorreu de forma tranqüila e, em nome da equipe, vimos agradecer à Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá, especialmente à Secretaria Municipal de Saúde, à Comunidade Luterana de São João do Garrafão e Sr^a Leonora Boone Sassemburg (Escola Família), a oportunidade de realizarmos esse trabalho em conjunto, de tão grande importância aos irmãos necessitados.

Atenciosamente,

Lorena Figer Neitzel

Secretária da AAML

C/c: Paróquia Evangélica de Confissão Luterana em São João do Garrafão.



Associação Albergue
Martim Lutero

Rua Francisco de Alvarenga Rabelo, 201 - Maruípe - Vitória-ES - CEP 29043-720 - Tel.: (27) 3225 5386

AAML 11/06

Vitória-ES, 23 de março de 2006.

À

Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Pancas

Prezados Senhores,

O Projeto Dermatológico (convênio firmado entre UFES, Secretaria Estadual de Saúde, Associação Albergue Martim Lutero e Prefeituras onde o projeto atua) esteve no município de Pancas, nos dias 15 e 16 de julho do corrente.

A equipe do projeto que prestou o atendimento em Pancas, foi a seguinte: 06 (seis) médicos, 13 (treze) alunos do curso de Medicina da UFES, 06 (seis) enfermeiros, cedidos pelo HUCAM, 02 (dois) representantes da Associação Albergue Martim Lutero, 02 (duas) pessoas que fazem parte da equipe de voluntários desta Associação, 06 (seis) motoristas, responsáveis pelo transporte dos médicos e dos alunos e 01 (um) estagiário de Serviço Social.

Contou-se com o apoio da Prefeitura Municipal de Pancas, da Secretaria Municipal de Saúde, Associação Diacônica Luterana coordenada pelo P. Sigmundo Berger, e da Comunidade Luterana local com 47 pessoas envolvidas no trabalho, também da IELB, Igreja Adventista e Igreja Católica.

Durante os dois dias foram feitas 171 (cento e setenta e um) novas fichas e 79 (setenta e nove) pessoas retornaram, totalizando 250 (duzentos e cinquenta) atendimentos. Foram realizadas também 38 (trinta e oito) cirurgias, 65 (sessenta e cinco) eletrocauterizações e 80 (oitenta) criocauterizações. Tivemos 49 (quarenta e nove) casos suspeitos de câncer. Os dados para pesquisa de religião foram: Luteranos (IECLB) = 140, IELB = 29, Católicos = 65, Adventistas = 14, Batista = 02.

Informamos que o trabalho ocorreu de forma tranqüila e, em nome da equipe, vimos agradecer à Prefeitura Municipal de Pancas, especialmente à Secretaria Municipal de Saúde e Associação Diacônica Luterana, a oportunidade de realizarmos esse trabalho em conjunto, de tão grande importância aos irmãos necessitados.

Atenciosamente,

Lorena Figer Neitzel
Secretária da AAML

C/c: Paróquia Evangélica de Confissão Luterana em Pancas



Associação Albergue
Martim Lutero

Rua Francisco de Alvarenga Rabelo, 201 - Maruípe - Vitória-ES - CEP 29043-720 - Tel.: (27) 3225 5386
AAML 12/06

Vitória-ES, 23 de março de 2006.

À

Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Laranja da Terra

Prezados Senhores,

O Projeto Dermatológico (convênio firmado entre UFES, Secretaria Estadual de Saúde, Associação Albergue Martim Lutero e Prefeituras onde o projeto atua) esteve no município de Afonso Claudio, nos dias 21 e 22 de maio do corrente.

A equipe do projeto que prestou o atendimento em Laranja da Terra, foi a seguinte: 06 (seis) médicos, 13 (treze) alunos do curso de Medicina da UFES, 06 (seis) enfermeiros, cedidos pelo HUCAM, 02 (dois) representantes da Associação Albergue Martim Lutero, 02 (duas) pessoas que fazem parte da equipe de voluntários desta Associação, 06 (seis) motoristas, responsáveis pelo transporte dos médicos e dos alunos e 01 (um) estagiário de Serviço Social.

Contou-se com o apoio da Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio, da Secretaria Municipal de Saúde, Associação Diacônica Luterana coordenada pelo P. Sigmundo Berger, e da Comunidade Luterana local com 47 pessoas envolvidas no trabalho, também da IELB, Igreja Adventista e Igreja Católica.

Durante os dois dias foram feitas 264 (duzentos e sessenta e quatro) novas fichas e 116 (cento e dezesseis) pessoas retornaram, totalizando 385 (trezentos e oitenta e cinco) atendimentos. Foram realizadas também 58 (cinquenta e oito) cirurgias, 85 (oitenta e cinco) eletrocauterizações e 100 (noventa e dois) criocauterizações. Tivemos 49 (quarenta e nove) casos suspeitos de câncer. Os dados para pesquisa de religião foram: Luteranos (IECLB) = 120, IELB = 64, Católicos = 59, Adventistas = 17, Batista = 04.

Informamos que o trabalho ocorreu de forma tranqüila e, em nome da equipe, vimos agradecer à Prefeitura Municipal de Afonso Cláudio, especialmente à Secretaria Municipal de Saúde e Associação Diacônica Luterana, a oportunidade de realizarmos esse trabalho em conjunto, de tão grande importância aos irmãos necessitados.

Atenciosamente,

Lorena Figer Neitzel
Secretária da AAML

C/c: Paróquia Evangélica de Confissão Luterana em Afonso Claudio.



Associação Albergue
Martim Lutero

Rua Francisco de Alvarenga Rabelo, 201 - Maruípe - Vitória-ES - CEP 29043-720 - Tel.: (27) 3225 5386

AAML 0082/06

Vitória, 04 de dezembro de 2006.

À

Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá

Secretaria Municipal de Saúde

Prezados Senhores,

O Projeto Dermatológico (convênio firmado entre UFES, Secretaria Estadual de Saúde, Associação Albergue Martim Lutero e Prefeituras onde o projeto atua) esteve no município de Santa Maria de Jetibá, nos dias 18 e 19 de novembro do corrente.

A equipe do projeto que prestou o atendimento em Santa Maria de Jetibá, foi a seguinte: 05 (cinco) médicos, 25 (vinte e cinco) alunos do curso de Medicina da UFES, 05 (cinco) enfermeiros cedidos pelo HUCAM, 01 (um) representante da Associação Albergue Martim Lutero, 01 (uma) pessoa que faz parte da equipe de voluntários desta Associação, 05 (cinco) motoristas, responsáveis pelo transporte dos médicos e dos alunos e 01 (um) estagiário de Serviço Social da EMESCAM.

Contou-se com o apoio da Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá, da Secretaria Municipal de Saúde e da Comunidade Luterana local.

Durante os dois dias foram feitas no total 393 (trezentos e noventa e três) atendimentos. Foram realizadas também 62 (sessenta e duas) cirurgias, 79 (setenta e nove) eletrocauterizações e 298 (duzentos e noventa e oito) criocauterizações. Tivemos 58 (cinquenta e oito) casos suspeitos de câncer. Os dados para pesquisa de religião foram: Luteranos (IECLB) = 193, IELB = 24, Católicos = 65 e outras = 23

Informamos que o trabalho ocorreu de forma tranqüila e, em nome da equipe, vimos agradecer à Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá, especialmente à Secretaria Municipal de Saúde e a paróquia da IECLB em Santa Maria de Jetibá, a oportunidade de realizarmos esse trabalho em conjunto, de tão grande importância aos irmãos necessitados.

Atenciosamente,

Lorena Figer Neitzel

Secretária da AAML

C/c: Paróquia Evangélica de Confissão Luterana em Santa Maria de Jetibá.



Associação Albergue
Martin Lutero

Rua Francisco de Alvarenga Rabelo, 201 - Maruípe - Vitória-ES - CEP 29043-720 - Tel.: (27) 3225 5386

AAML 006/2006

Vitória, 17 de março de 2006

À
SESA - Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo
Vitória - ES

Att. : Dr. Silvio César Machado dos Santos – Setor de Farmácia

Ref.: Encaminhamento de Projeto para o Programa de Atendimento Dermatológico

Prezado(a) Senhor(a),

Em anexo estamos encaminhando proposta visando a busca de alternativas de apoio aos pacientes atendidos pelo Programa de Atendimento Dermatológico – PAD.

Conforme considerações da equipe envolvida, o alto custo dos medicamentos necessários ao tratamento das enfermidades, bem como às atividades de prevenção, que incluem a utilização de filtro solar, muitas vezes inviabiliza estas ações. Neste sentido, propomos o envolvimento desta Secretaria, bem como das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios atendidos pelo PAD, de maneira a viabilizar a oferta dos medicamentos necessários sem custos para os pacientes mais carentes.

Contando com uma apreciação favorável, e com vosso empenho na condução da proposta junto aos municípios, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Dr. Nivaldo Küster
Presidente

Segue abaixo relacionado, Municípios que participaram do Programa de Atendimento Dermatológico, bem como, número de atendimentos e de procedimentos realizados, durante o ano de 2005.

MUNICÍPIO	CONSULTAS	PROCEDIMENTOS (Pequenas Cirurgias/ Criocauterizações / Eletrocaut)
Afonso Cláudio	500	310
Baixo Guandu	480	263
Domingos Martins (Parajú)	385	269
Itaguaçu (Palmeira - Santa Joana)	323	182
Itarana	322	297
Laranja da Terra (Crisciúma)	224	273
Pancas (Laginha)	273	81
Santa Maria de Jetibá	454	221
São Roque do Canaã	400	127
Vila Pavão	375	333
Vila Valério	430	230
Total	4.166	2.586

ANEXOS 5

CADERNOS DE SAÚDE

da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo

Anexo 5.1 Caderno Municipal de Saúde: Santa Maria do Jetibá

Anexo 5.2 Caderno Municipal de Saúde: Laranja da Terra

Anexo 5.3 Caderno Municipal de Saúde: Pancas