



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA KEILIANE PEREIRA DOS SANTOS

**O CÂNCER TEM CURA: RELATO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
DO MUNICÍPIO DE PENTECOSTE SOBRE O ACESSO AO SUS**

Fortaleza – CE
2018

MARIA KEILIANE PEREIRA DOS SANTOS

O CÂNCER TEM CURA: RELATO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DO
MUNICÍPIO DE PENTECOSTE SOBRE O ACESSO AO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
submetido à aprovação do Curso de
Bacharelado em Serviço Social pela
Faculdade Teológica Ratio, como
requisito parcial para obtenção de título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dra. Virzângela
Paula Sandy Mendes

MARIA KEILIANE PEREIRA DOS SANTOS

O CÂNCER TEM CURA: RELATO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DO
MUNICÍPIO DE PENTECOSTE SOBRE O ACESSO AO SUS

Monografia apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelada em Serviço Social pela RATIO - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Virzângela Paula Sandy Mendes
RATIO – Faculdade Teológica e Filosófica - (Orientadora)

Prof^a. Esp. Francisca Emmanuella Saraiva Martins
RATIO – Faculdade Teológica e Filosófica - (Avaliador)

Prof^a Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos
RATIO – Faculdade Teológica e Filosófica – (Avaliador)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida e por nunca me permitir desistir dos meus sonhos;

A minha mãe por me ensinar que o melhor caminho é o conhecimento;

Ao meu pai (In Memoriam), por ter sido o melhor pai do mundo e incentivador do meu tema, diante de seu sofrimento com câncer;

A toda minha família e ao meu namorado por serem meus alicerces nessa minha jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial a Deus por seu imenso amor, a minha família, meu namorado pelo apoio nos momentos mais difíceis, sempre estando ao meu lado, me incentivando e me motivando.

A minha orientadora Dra. Virzângela Paula Sandy Mendes, que com muita paciência me ajudou na construção deste trabalho e a toda a banca, nas pessoas da Professora Esp. Francisca Emmanuelle Saraiva Martins e da Professora Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos que sabiamente avaliaram meu trabalho.

Muito obrigado por tudo!

Tem coisas que Deus dá para a gente aprender. E tem coisas que Deus só dá quando a gente aprende.

Autor desconhecido.

RESUMO

O câncer é uma doença que, segundo os estudiosos é originada nos genes de uma célula e que se multiplica desordenadamente causando um tumor, que de acordo com as mutações sofridas, gera a malignidade, e que ao longo dos anos tem assustado muita gente, pois ainda é visto como uma doença incurável. Esta pesquisa tem como principal objetivo: acompanhar e descrever, como uma pessoa com câncer é atendida pela rede de atendimento aos pacientes oncológicos no SUS, no município de Pentecoste. Informamos os passos seguidos e como o paciente teve acesso ao SUS. Apresentamos quais as mudanças ocorridas na rotina do paciente e de seus familiares após o diagnóstico e quais as percepções que estes pacientes tiveram sobre o atendimento do Sistema Único de Saúde. Para tanto realizamos uma pesquisa bibliográfica, que foi feita no site do Google e da Scielo, com trabalhos em português do período de oito anos. Na pesquisa de campo, entrevistamos pacientes que já realizaram um tratamento para um câncer e, que hoje, se encontram somente em remissão, assim como, a seus familiares, em especial, o seu acompanhante, durante todo o processo desde os primeiros sintomas, exames realizados para o diagnóstico e o tratamento realizado. Abordamos sobre os tratamentos oferecidos pelo SUS em todo território nacional, além de percorrermos os caminhos da saúde desde o período colonial até a implantação do SUS no Brasil. Concluimos que o câncer se diagnosticado precocemente, de fato tem cura, e que o Sistema Único de Saúde brasileiro trabalha seriamente, para esclarecer e prevenir a população sobre os riscos desta doença, além de trabalhar para novas descobertas de medicação e tratamento para esta neoplasia.

Palavras-Chave: Câncer. Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Cancer is a disease that, according to the researchers, originates in the genes of a cell and that multiplies in a disorderly way causing a tumor, which according to the mutations suffered, generates the malignancy, and that over the years has frightened many people, because it is still seen as an incurable disease. This research has as main objective: to accompany and to describe, as a person with cancer is attended by the network of attendance to cancer patients in SUS, in the municipality of Pentecoste. We inform the steps followed and how the patient had access to SUS. We present what changes occurred in the routine of the patient and his / her family after the diagnosis and what the perceptions that these patients had about the care of the Unified Health System. For this we carried out a bibliographical research, which was done in the site of Google and Scielo, with works in Portuguese of the period of eight years. In the field research, we interviewed patients who have already undergone a cancer treatment and are now only in remission, as well as their relatives, especially their companion, during the whole process from the first symptoms, exams performed for diagnosis and treatment. We approach the treatments offered by the SUS throughout the national territory, as well as to walk the pathways of health from the colonial period to the implantation of SUS in Brazil. We conclude that the cancer is diagnosed early, in fact has a cure, and that the Brazilian Unified Health System works seriously, to clarify and prevent the population about the risks of this disease, in addition to working for new discoveries of medication and treatment for this neoplasia.

Keywords: Cancer. Right to Health. Single Health System.

LISTA DE SIGLA E ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
APS - Ação Primária da Saúde
CANCON - Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CF - Constituição Federal
CNCC - Campanha Nacional de Combate ao Câncer
CRIO - Centro Regional Integrado de Oncologia
CSSP - Conselho Superior de Saúde Pública
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais
FSESP - Fundação Serviço de Saúde Pública
INCA - Instituto Nacional de Câncer
ICC - Instituto do Câncer no Ceara
IAPC - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPI - Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IPASE - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IAPTEC - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
MT - Ministério do Trabalho
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários
PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica
PSF - Programa Saúde da Família
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SICC - Sistema Integrado da Comissão Científica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUCAM - Superintendência de Campanha

UNACON - Unidade da Alta Complexidade em Oncologia

UNICEF - Fundo das Nações Unidas Para a Infância

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de pacientes por sexo	35
Gráfico 2 - Estimativas para 2018/2019 por sexo	35
Gráfico 3 - Percentual de pacientes por tipo de Câncer	36
Gráfico 4 - Estimativas para 2018/2019 por tipo de Câncer	36
Gráfico 5 - Percentual de presença de metástase	37

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Multiplicação das células cancerosas	23
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Evolução da história do câncer	33
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 ASPECTO METODOLÓGICO SOBRE O OBJETO DE ESTUDO	18
2.1 Aproximação com o objeto de estudo	18
2.2 A Inserção em campo e os sujeitos entrevistados	20
3 O TRATAMENTO DO CÂNCER NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
3.1 Conceituação de Câncer	22
3.2 Criação e implantação do SUS	26
3.3 O atendimento dos pacientes oncológicos pelo SUS	32
4 O RELATO DOS FAMILIARES E PACIENTES ONCOLÓGICOS SOBRE O ATENDIMENTO DO SUS	40
4.1 Percepção dos usuários oncológicos sobre o atendimento do SUS	40
4.2 Mudanças na rotina do familiar do paciente oncológico	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE	51
ANEXO	52

1 INTRODUÇÃO

A ciência hoje considera o câncer uma doença genética, por que uma célula boa pode ser contaminada por uma doente. Atualmente, esta moléstia abarca mais de cem tipos de doenças. Até bem pouco tempo, não se sabia como isto era possível, porém, hoje, é do conhecimento de quem desejar compreender como isso ocorre, pois o desenvolvimento da tecnologia permite que este conhecimento chegue a todos, que tenham acesso à mesma.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2011)¹, no organismo humano as células estão em constante renovação. O processo de morte destas células deve ocorrer de forma bem organizada, e as mesmas são automaticamente substituídas por células novas, ficando ao organismo a responsabilidade de absorver os restos das mesmas. Quando isto não ocorre, o resultado do acúmulo no tecido original é a geração de um tumor conhecido como benigno, quando isto ocorre de forma lenta sem causar prejuízo ao indivíduo.

Ainda segundo o INCA (2011), quando esta renovação ocorre de forma desordenada e o organismo em virtude desta aceleração, não consegue absorver as mesmas, são formados no organismo humano os tumores malignos. O câncer é o resultado do aumento desordenado destas células, que vão se acumulando e podem espalhar-se pelos tecidos e órgãos do corpo humano, levados de um ao outro pela corrente sanguínea. Hoje, sabemos que existem mais de cem patologias que são resultado desta renovação.

Segundo dados do Instituto ONCOGUIA² o câncer, hoje, é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública, que estima para o ano de 2030, 27 milhões de casos de câncer no mundo, chegando aos 17 milhões de mortes devido a esta doença.

No Brasil, em virtude da crescente quantidade de casos já é configurado como um quadro epidemiológico, pois o número de casos cresce vertiginosamente. O INCA que realiza um trabalho de estimativas de novos casos desde 1995,

¹ Inca – Instituto Nacional de Câncer criado pelo Ministério da Saúde para coordenar ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem desde a assistência médica hospitalar, às ações de prevenção e detecção precoce da doença. Para mais informações, consultar: www.inca.org.br. Acessado em: 25/8/2018.

² Instituto Oncoguia é uma ONG fundada em 2009 por um grupo de profissionais da saúde e ex pacientes de câncer, liderados pela psico-oncologista Luciana Holtz de C. É uma entidade sem fins lucrativos com o objetivo de ajudar pacientes com cancer, promovendo projetos, informações de qualidade, educação em saúde, apoio e orientação. Acessado em: 25/8/2018.

divulgou no início do ano de 2018, que a estimativa para o biênio 2018 e 2019, atingirá a casa de 600 mil novos casos de câncer no Brasil.

No mundo, a maior incidência desta doença nos homens é mais frequente no pulmão, na próstata, intestino, estômago e fígado. Nas mulheres, em primeiro lugar vem a mama, o intestino, pulmão e colo do útero. No Brasil, o quadro não se diferencia muito, entretanto, apresenta um alto índice para os cânceres do colo de útero, estômago e esôfago.

Apesar do avanço da tecnologia e de novas descobertas de tratamento para esta neoplasia, esta ainda é considerada como o principal fator de diminuição de vitalidade e está profundamente ligado à dor, sofrimento e morte.

Para combater este quadro, que a cada ano apresenta mais casos de câncer, o Brasil aprovou em 2005 a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que tem por objetivos, promover ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação para pessoas atingidas pelo câncer. Esta deve ser gerida pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios.

No município de Pentecoste no estado do Ceará, atualmente, são acompanhados pela Secretaria de Saúde, vinte e nove pacientes com câncer, sendo: dois no reto, quatro no fígado, cinco no estômago, oito na mama, seis de pulmão, três de leucemia e um na coluna.

Diante desta realidade, o presente trabalho tem como principal objetivo, acompanhar e descrever como a pessoa que se descobre com câncer é atendida pela rede de atendimento aos pacientes oncológicos do Sistema Único de Saúde (SUS)³, no município de Pentecoste no estado do Ceará. Descreveremos o passo a passo de como ocorreu o acesso do mesmo, ao sistema do Sistema Único de Saúde.

Apresentamos também, quais as mudanças ocorridas na rotina do paciente e de seus familiares após o diagnóstico, que passos precisam ser seguidos até o tratamento, assim como, após o término do mesmo. Observamos ainda qual a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido no SUS, durante todo o processo para a cura do câncer. Tivemos a oportunidade de conhecer um pouco

³ Sistema Único de Saúde SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com o objetivo de modificar a desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

sobre o SUS, a rede de atendimento e como esta é disponibilizada para colaborar com o paciente portador de câncer e seus familiares.

Esta pesquisa adotou como metodologia, uma abordagem qualitativa que segundo Minayo (2002) deve ser utilizada, quando trabalhamos com valores mais profundos nas relações e com fenômenos que não podem ser operacionalizado, isto é, com situações que não podemos quantificar o que é, no nosso caso, já que câncer é uma doença que afeta em demasia as emoções.

Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2008) a mesma é realizada com material já escrito e é constituído de livros e artigos científicos. O mesmo ainda afirma que, a principal vantagem deste tipo de pesquisa é que permite ao pesquisador uma gama maior de trabalhos e conhecer outras realidades nas diversas regiões do Brasil e de outros países, sem precisar deslocar-se e, assim, aplicar menor tempo para realizar sua pesquisa.

Para este trabalho realizamos a pesquisa bibliográfica nos sites da Scielo, da Lilac e, em especial, no Instituto ONCOGUIA e INCA, que são dois institutos tanto de pesquisa, quanto de apoio ao paciente canceroso. Os trabalhos que pesquisamos foram publicados em âmbito Nacional e no período de 2010 a 2018, e podemos ampliar nosso conhecimento sobre o referido assunto onde tivemos o embasamento científico para o mesmo.

Foi realizada uma pesquisa de campo que segundo Gil (2008. p. 74), define como “as pesquisas deste tipo, se caracterizam pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer”, ou seja, as informações que o pesquisador estuda são solicitadas ao próprio grupo, através de entrevistas, questionários, que serão analisados e farão parte das argumentações do trabalho a ser divulgado.

A pesquisa de campo foi realizada utilizando os dados da Secretaria de Saúde do município de Pentecoste, em que selecionamos quatro pacientes e quatro familiares que acompanharam os mesmos, em suas trajetórias no combate à doença. Buscamos eleger pessoas, que já passaram por todo o processo e que estão curadas, encontrando-se somente na fase de acompanhamento.

Como sabemos que o câncer é uma doença que aguçava muitas emoções tanto no paciente, quanto em seus familiares, optamos por realizar nossa pesquisa com estes pacientes que já se encontram curados, evitando assim ,constranger e renovar

emoções que já foram vivenciadas pelos pacientes que ainda estão em tratamento , que por ventura, possam temer ainda a doença.

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de perguntas, de modo que, podemos conhecer a realidade de cada entrevistado e de seus familiares, e assim, contribuir para que esta pesquisa possa esclarecer aos leitores sobre o que pensam e sentem estas pessoas, tanto sobre a doença, como sobre os seus atendimentos na rede do SUS.

A pesquisa obedeceu às normas de ética estabelecida pela Resolução 510/2016, em seu artigo terceiro, que assegura ao pesquisado a privacidade e proteção da identidade e o consentimento do mesmo, para a utilização de seus dados colhidos por meio de uma entrevista.

Esta pesquisa está dividida em três capítulos. No primeiro procuramos demonstrar a trajetória que fizemos até chegarmos a este assunto. Definimos o objeto de nosso estudo e como chegamos aos indivíduos que entrevistamos, assim como, realizamos este evento. Apresentamos ainda o perfil de cada um de nossos entrevistados.

No segundo capítulo, procuramos fazer uma trajetória sobre o tratamento do câncer pelo SUS, fizemos uma retrospectiva sobre a doença e quais os tipos de tratamentos, quais eram as expectativas antes e depois da criação do SUS. Expomos quais as políticas públicas adotadas neste sentido, assim como, alguns resultados obtidos ao longo dos anos no combate à doença.

Por último, apresentamos os dados coletados junto aos entrevistados, expondo suas experiências, dores e expectativas durante o tratamento. Procuramos ser o mais fiel possível na interpretação das informações colhidas, assim como, nos depoimentos que sem dúvida enriquecerão nosso trabalho.

2 ASPECTO METODOLÓGICO SOBRE O OBJETO DE ESTUDO

2.1 Aproximação com o objeto de estudo

O tema desta pesquisa começou a ser delineado quando iniciei⁴ o trabalho como Assistente de Coordenação na Secretaria de Saúde do município de Pentecoste. Nesta ocasião, percebemos o grande número de pessoas com câncer na família pentecostense. Então, decidi conhecer como as famílias recebiam e lidavam com a notícia de um familiar acometido de câncer.

Passei também, a observar que, de modo geral, a demanda para o acesso a exames encaminhados pela Secretaria de Saúde para a Policlínica⁵ e/ou clínica especializada era muito grande e, que as pessoas esperavam muito tempo na fila de para realizar os mesmos. Do mesmo modo, ocorria com o transporte para estas pessoas. Então, me questionava como seria nos casos das pessoas com câncer.

Quando iniciei o curso em Serviço Social na Faculdade Ratio em 2012, e especialmente, durante a disciplina de Pesquisa Científica, decidi que trataria sobre este assunto, ou seja, pesquisar junto às famílias com membros afetados pelo câncer. Inicialmente, pensei em tratar do assunto sobre a perspectiva do apoio recebido por estas famílias do Serviço Social, tanto do município de Pentecoste quanto dos profissionais desta área nos diversos locais de tratamento oncológico, para onde são encaminhados estes pacientes.

Com isso, iniciamos uma pesquisa bibliográfica a este respeito, focando na pessoa do acompanhante, nas reações dos familiares diante da descoberta do câncer, na atuação do assistente social junto a este grupo familiar e nos direitos sociais destes pacientes. Porém, durante o percurso percebemos que estávamos nos desviando do assunto principal, e decidimos mudar o foco da pesquisa.

Em 2018.1, a ideia inicial era realizar um estudo totalmente bibliográfico, que por motivos pessoais não consegui apresentar, porém, ao iniciar a disciplina de TCC II em 2018.2, conversando com minha orientadora e avaliando as duas caminhadas já iniciadas, chegamos à conclusão que o trabalho ficaria mais abrangente, se

⁴ Peço licença ao leitor, para neste capítulo, usar o verbo na 1ª pessoa do singular por se tratar da aproximação com o objeto e inserção em campo da pesquisadora.

⁵ A policlínica é um espaço de cuidado especializado, integrado à rede de atenção à saúde. Esta atua como apoio complementando as ações da Atenção Primária em Saúde, colocando a disposição da população consultas especializada médicas e não médicas, pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, exames e diagnósticos especializados e terapêuticos.

tratasse do assunto, percorrendo o caminho que este paciente faz desde os primeiros atendimentos no posto de saúde, até chegar ao diagnóstico e tratamento, abrangendo os aspectos psicossociais, mas principalmente, como o mesmo é acolhido pelo Sistema Único de Saúde.

O objetivo geral desse modo ficou: analisar como se deu o acesso ao SUS por parte do paciente oncológico no município de Pentecoste. Já os objetivos específicos, são: apresentar quais as mudanças na rotina familiar após o diagnóstico; entender quais as percepções do usuário sobre o acesso ao serviço público; e, discorrer sobre a rede de atendimento ao paciente oncológico pelo SUS.

De acordo com Gil (2008) uma investigação é exploratória, quando desejamos nos familiarizar com um assunto pouco conhecido, e assim sendo, iniciamos outra linha de investigação para a realização deste trabalho. Diante desse contexto, busquei conhecer um pouco sobre o SUS e suas redes de atendimento, além de, algumas destas famílias que tiveram seus entes queridos visitados pelo câncer.

A pesquisa como já falamos anteriormente, foi realizada no município de Pentecoste com algumas famílias tais como: Martins, Rocha e Pereira, que já tiveram casos da doença onde seus familiares encontram-se em tratamento, porém, que já tiveram casos de perdas, mas também de curas.

Optei para esta pesquisa como objeto de estudo, entrevistar três pacientes que tiveram a doença e que passaram por todo o processo de descoberta, de tratamento, mas que se encontram no estágio de remissão, isto é, um acompanhamento que varia de 5 a 15 anos de acompanhamento pelo oncologista, de acordo com tipo de doença que este teve, para que seja de fato, considerado curado. Entrevistamos também, os quatro familiares que os acompanharam em todo processo.

O objetivo de entrevistarmos pessoas já em remissão foi para não constranger os familiares de pacientes, que não tiveram êxito no tratamento e vieram a óbito, fazendo com que estes não revivessem toda a dor sentida durante o tratamento e após a partida de seu ente querido.

No próximo tópico, apresento os detalhes sobre o processo de inserção em campo com as pessoas que entrevistamos, com o intuito de enriquecer nosso trabalho.

2.2 A inserção em campo e os sujeitos entrevistados

A pesquisa de campo segundo Gil (2008), deve ser utilizada quando optamos por uma interrogação direta das pessoas as quais desejamos conhecer a sua realidade, para auxiliar no desenvolvimento da pesquisa. O mesmo ressalta que: “Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas, acerca do problema estudado para em seguida, mediante análise quantitativa, obter as conclusões correspondentes dos dados coletados”. (GIL, 2008, p. 74)

O campo de nossa pesquisa é o município de Pentecoste que fica localizado na região norte do estado do Ceará, precisamente a 89 km da capital Fortaleza. A cidade de Pentecoste nasceu, cresceu e se desenvolveu as margens dos rios Canindé, Curu e Capitão Mor, tendo como limite ao norte, os municípios de São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu e Umirin; ao sul, Apuiarés, Caridade e Paramoti; a leste, Maranguape e Caucaia e a oeste, Uruburetama e Itapajé.

De acordo com o senso demográfico realizado pelo IBGE em 2010, a população do município era de 35.400 habitantes, com uma estimativa para 2018 de 37.326 pessoas distribuídas nas quatro unidades, sendo a sede e três distritos: Porfírio Sampaio, Sebastião de Abreu, e Matias.

Na área da saúde o município tem hoje 15 postos de atendimento do Programa Saúde da Família (PSF), órgão criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, cujo objetivo é priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas da comunidade onde o mesmo é instalado.

No município de Pentecoste estes PSFs estão instalados nos bairros tanto da zona urbana, quanto da zona rural, onde atendem famílias que residem nos mesmos. Cada um conta com a colaboração dos seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, dois técnicos da área da saúde, um auxiliar administrativo um odontologista, e um técnico odontológico.

O município ainda conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujas principais atividades são: atendimento particularizado para concessão de benefício; visita domiciliar; palestras sociais, educativas em saúde nos PSF's e escolas. A equipe que compõe o NASF é a responsável pelas campanhas de prevenção, realizadas em Pentecoste em todas as áreas da saúde e, em especial, contra o câncer.

O município conta ainda, com um hospital que disponibiliza 42 leitos para a população do município e região. Este, tem uma equipe de médicos, enfermeiros, um laboratório de análises, um equipamento para raio-x e dois centros cirúrgicos para pequenas cirurgias.

Nossa pesquisa de campo foi realizada com membros das famílias citadas anteriormente, que já passaram por todo o processo da doença e que hoje encontram-se no estágio de remissão, bem próximos da declaração da cura. Entrevistei três pacientes e seus respectivos acompanhantes. Para tanto, utilizei o recurso da entrevista, para conhecer sobre suas realidades durante o processo de descoberta, tratamento e remissão.

No desenvolvimento deste trabalho, os entrevistados são identificados com números, para manter seus nomes e seus problemas vivenciados em sigilo. O paciente número 1, em 2014 tinha 35 anos de idade quando teve início os problemas de saúde e que foi diagnosticado um câncer no estômago. O mesmo fez uma cirurgia para a retirada do tumor, seguido de um tratamento quimioterápico e radioterápico. Há um ano e meio, está somente, fazendo acompanhamento médico.

O paciente número 2, em 2015, aos 25 anos teve alguns problemas de saúde que, após uma série de exames, foi diagnosticado com leucemia. Realizou seu tratamento com quimioterapia por um ano no Instituto do Câncer do Ceará (ICC), e há dois anos, é acompanhado por seu médico.

A paciente que chamaremos de número 3, aos 56 anos e após perceber uns gânglios na região do pescoço, que após uma longa investigação foi descoberto que ser um Linfoma de Hodgkin, a mesma fez um tratamento com quimioterapia durante um ano no CRIO, e desde julho de 2017, faz somente um acompanhamento com seu oncologista.

Na próxima sessão, conversamos e conhecemos um pouco, sobre como era tratada a saúde antes da criação do SUS e os principais caminhos percorridos até a institucionalização do mesmo.

3 O TRATAMENTO DO CÂNCER NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1 Conceituação de câncer

O câncer é uma doença que afeta não só o indivíduo, mas também a sociedade, pois modifica toda a rotina da família que descobre um familiar com esta neoplasia. Em primeiro lugar, afasta o paciente de suas atividades e, este, deixa de ser produtivo, deixando de dar a sua contribuição para o trabalho, para a renda familiar, etc. O mesmo acontece com o familiar que for designado para acompanhá-lo durante o tratamento, sem contar é claro, o quanto custa para os cofres públicos.

Veremos agora como alguns estudiosos definem o câncer. De acordo com Teixeira (2009, p. 53):

O câncer é uma doença que resulta do crescimento autônomo e desordenado das células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o surgimento de tumores ou neoplasias malignas que, quando afetam tecidos vizinhos, produzem metástases. O tecido neoplásico apresenta uma estrutura atípica dos tecidos e órgãos dos quais se originou, bem como uma capacidade ilimitada e incontrolável de se reproduzir.

No organismo humano, todas as células se reproduzem normalmente e ordenadamente, isto faz parte do processo reprodutivo das mesmas, que vão se renovando periodicamente. No caso do câncer, o que ocorre é que o mesmo se dá de forma muito acelerada e sem controle. Yamaguchi (2002, p. 21) afirma que:

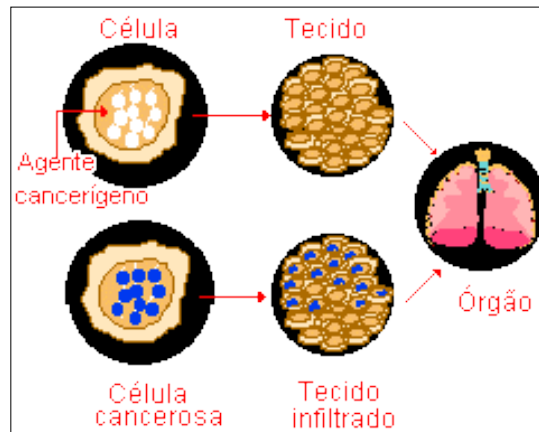
O câncer é uma doença que se origina nos genes de uma única célula, tornando-a capaz de se proliferar até o ponto de se formar massa tumoral no local e a distância. Várias mutações têm que ocorrer na mesma célula para que ela adquira este fenótipo de malignidade.

Em uma célula normal os genes ao se reproduzirem não sofrem alteração no DNA, fato que é diferente nas neoplasias, pois neste caso, o DNA que é alterado passa a receber informações erradas e as mutações ocorrem, alterando o desenvolvimento normal da célula. O INCA (2018, p. 1), define o mesmo assim:

Câncer é o nome dado a um conjunto de 100 doenças que em têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulos de células cancerosas) ou neoplasias malignas.

Na figura abaixo poderemos visualizar como está a multiplicação desordenada das células.

Figura 1: Multiplicação das células cancerosas



Fonte: INCA (2018)

No estágio inicial, quando o gene da célula sofre a mutação, o tecido ainda está normal. Quando a célula cancerosa se multiplica e o tecido fica contaminado com esta multiplicação, se inicia o processo de tumoração.

De acordo com o INCA (2014), esta neoplasia pode ocorrer em qualquer parte do corpo, porém, alguns órgãos são mais afetados, tais como: pulmão, mama, colo do útero, próstata, colón, reto, intestino grosso, pele, estômago, esôfago, medula óssea (leucemias) e boca.

Ainda segundo o INCA (2014), os principais sintomas variam de acordo com o órgão afetado. Destacaremos a seguir os sintomas do câncer em alguns órgãos.

Mama - dor, calor, edema, rubor, descamação na mama, alteração na forma ou tamanho da mama, alteração na auréola ou mamilo, presença de nódulo ou espessamento, saída de secreção pelo mamilo, enrugamento ou endurecimento da pele da mama;

Colo do útero - sangramento vaginal após a relação sexual ou intermitente, secreção vaginal de odor fétido, dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais;

Próstata - presença de sangue na urina (hematúria), necessidade frequente de urinar (poliúria) principalmente à noite, jato urinário fraco, dor ou queimação ao urinar (disúria);

Estômago - perda de peso, perda de apetite, fadiga, sensação de estômago cheio, vômitos, náuseas, desconforto abdominal persistente. (INCA, 2014).

A luta contra o câncer apesar de todo avanço nas pesquisas, nos medicamentos já descobertos e de muitos casos de curas, ainda está longe de ser vencida. Hoje, a ciência já considera o mesmo, como uma doença genética, pois pode ser transmitida de uma célula para outra, através de genes dos tumores, levado pela corrente sanguínea e se alocando em outra célula, fenômeno que conhecemos por metástase.

Se olharmos a história, perceberemos que o câncer já é um velho conhecido da humanidade. Eggers (2002, s/p) afirma que:

A mais antiga evidência de câncer remonta a 8.000 a.C. O tipo mais comum de neoplasia encontrada em fósseis, e ainda assim raramente, é o osteossarcoma, um tipo de câncer ósseo. As primeiras descrições de tumores foram encontradas em papiros do Egito, e datam de 1.600 a.C. Existem também documentos na Índia, de 600 a.C., que descrevem lesões na cavidade bucal parecidas com câncer. O que fundamenta a teoria é que, por estudos arqueológicos, sabe-se que aquela população consumia sementes que são cancerígenas, mesmo assim ainda precisam de muitos estudos para ser comprovadas essas teorias.

Ainda de acordo com o autor citado, quem primeiro se remeteu a palavra câncer foi o grego Hipócrates, considerado o pai da medicina que viveu no período de 460 a 370 anos a.C, e que usou o termo carcino e carcinoma para descrever um tipo de tumor. O mesmo usou esta terminologia, porque achava as terminações ao redor do tumor parecido com as patas do caranguejo, significado destas palavras em grego. Porém, de acordo com o INCA (2018) somente em 1906, em consequência da Primeira Conferência Internacional contra o Câncer surgiu os primeiros centros de radioterapia que realizavam pesquisas e experimentos nesta área.

Segundo Otto (2008) quase todos os tipos de câncer são causados por anomalias das células transformadas, e estas, são ocasionadas por substâncias já consideradas cancerígenas como o tabagismo, radiações e substâncias químicas. Outros tipos, porém, podem ser resultado de anomalias genéticas em virtude de erros na replicação do DNA, ou podem ser herdadas, portanto, estão presentes no organismo desde o nascimento das células.

De acordo com o INCA (2018) o tratamento do câncer hoje, é realizado através cirurgias, radioterapia, quimioterapia e imonoterapia, usadas de forma isoladas ou combinadas, dependendo do tipo e do local, assim como, do grau de invasão do tumor.

Hoje, o câncer em virtude do grande número de casos e de estimativas alarmantes é considerado um problema de saúde pública, porém, esta visão começou a ser delineada no início do século XX, quando surgiram as primeiras iniciativas de incluir esta doença na agenda de saúde nacional. Nossos primeiros pesquisadores foram Mario Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Azevedo. Teixeira (2009, p. 377) ressalta que:

O reconhecimento da importância da doença se relacionou muito mais ao contato de um grupo de profissionais com as discussões sobre a doença ocorridas em congressos internacionais do que à expressão epidemiológica e se formalizou nos debates ocorridos nas academias e periódicos médicos. Em relação às iniciativas diante da doença, destacam-se a inclusão de medidas para a sua prevenção no âmbito da Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas, criada por uma reforma sanitária ocorrida em 1920; a criação do primeiro hospital especializado no tratamento radiológico do câncer em Belo Horizonte, em 1922; e a criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal, em 1937, pelo cirurgião Mario Kroeff.

Desde então, nossas autoridades e estudiosos tem olhado de modo mais ativo para esta questão, e desenvolvido ações para atender os pacientes com câncer, assim como, para a prevenção. A Constituição Federal (CF) de 1988 traz em seu artigo 6º, que a saúde é um direito social do brasileiro, e a partir desta, foram desenvolvidas novas ações e novas políticas públicas voltadas para o atendimento oncológico.

A taxa de mortalidade em virtude do câncer tem crescido bastante nas últimas décadas, tendo como pano de fundo é claro, o aumento de casos da doença no Brasil e no mundo, tornando-se a segunda maior causa de óbitos no nosso país. As estimativas só aumentam, chegando à casa dos 600 mil novos casos em 2019, segundo o INCA (2018).

Para enfrentar tamanha demanda é necessário um trabalho muito sério por parte de nossos governantes na execução das políticas públicas já existentes nesta área, mas também é preciso a colaboração da sociedade como um todo, no trabalho de prevenção, de promoção e manutenção da saúde. Segundo o INCA (2014, p. 5):

Para o enfrentamento da doença, são necessárias várias ações para além da assistência aos doentes, como o investimento no diagnóstico precoce, a educação em saúde em todos os níveis da sociedade; a promoção e a prevenção orientadas a indivíduos e grupos; e o apoio e o estímulo à formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos.

As campanhas educativas, que visam à prevenção do câncer são exemplos de formas de enfrentamento, pois nessas, são levados ao público várias informações a respeito da doença, assim como, quais medidas devem ser tomadas para um diagnóstico precoce, que é de fundamental importância para o processo de cura. Durante as mesmas, são elaboradas intervenções em lugares públicos, com profissionais conversando com a população, nos colégios da rede oficial de ensino com palestras para a comunidade escolar e nos postos de saúde realizando exames de prevenção e conscientização, sobre as diversas causas que podem levar ao câncer.

No próximo item conversaremos sobre a importância, da criação e implantação do SUS.

3.2 Criação e implantação do SUS

De acordo com Paim (2009) a saúde pública no Brasil, desde a época em que ainda era colônia de Portugal passando pelo império até a segunda década do século XX, era muito confusa e desorganizada, e como nos dias atuais, os maiores beneficiados eram as famílias mais abastadas, pois podiam pagar os poucos profissionais da saúde que existiam. Os demais recorriam aos curandeiros, pajés e à sabedoria popular, que usavam as ervas para tratar suas doenças, assim como, recorriam à caridade cristã.

Em 1543, no período colonial Brás Cubas construiu a primeira Santa Casa do Brasil na cidade de Santos, litoral paulista, ocasião em que o mesmo fundou a Irmandade da Misericórdia, criando ainda o Hospital de Todos os Santos, na referida cidade. Posteriormente, foram criadas as Santas Casas de Misericórdia de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. Estes, “abrigavam e cuidavam os indigentes, viajantes e doentes pobres destas localidades”. (PAIM, 2009, p. 26)

Com a chegada da Família Real ao Brasil, a responsabilidade pela saúde pública passa a ser de responsabilidade dos municípios, quando também foram instituídas a Inspeção Geral de Higiene, de Saúde dos Portos e o Conselho Superior de Saúde Pública (CSSP). Foi neste período que “foram instituídas as primeiras medidas de higiene nas escolas e nas fábricas”. (PAIM, 2009, p. 26)

Em 1850, em virtude do crescimento do número de casos de febre amarela foi criado no Rio de Janeiro, a Junta de Higiene Pública, cujo objetivo era tratar deste

problema. Porém, “até o final o império a organização sanitária foi rudimentar e ineficaz diante das epidemias”. (PAIM, 2009, p. 26)

Após a Proclamação da República, a saúde passou a ser responsabilidade do Estado. Foi unificado “a saúde dos serviços terrestre e marítimo, o que gerou a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública a nível nacional em 1897, tendo como principal objetivo, atuar nos casos onde o governo não podia alcançar”. (PAIM, 2009, p. 26)

As epidemias de febre amarela, peste e varíola no início do século XX, que chegava a comprometer a economia, exigiram do poder público medidas de combate às mesmas. Entre elas, “várias campanhas sanitárias nas cidades e a obrigatoriedade das vacinas”. (PAIM, 2009, p. 28)

A partir de 1910, ocorreram vários movimentos liderados por médicos, exigindo mudanças na área da saúde, o que levou à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) por Carlos Chagas, com uma estrutura de saúde e, dessa vez, extensiva às áreas rurais. Este tinha como finalidade, “a prevenção, esclarecimento sanitário, saneamento básico, vigilância sanitária e controle das endemias”. (PAIM, 2009, p. 28)

Sob a liderança de Oswaldo Cruz foi criado “instituições científicas para a pesquisa biomédica, o que veio a influenciar a formação da primeira comunidade científica voltada para as políticas públicas de saúde”. (PAIM, 2009, p. 29)

Na segunda década do Século XX, teve início a Previdência com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), após a aprovação da Lei Elói Chaves, através do Decreto 4.682 em 24 de janeiro de 1923, assinado pelo então Presidente da República Arthur Bernardes.

Ainda de acordo com Paim (2009) a criação do Ministério do Trabalho (MT) em 1930, teve início à preocupação com a saúde ocupacional e a higiene nos ambientes de trabalhos industriais. Somente em 1953, Juscelino Kubitschek instituiu o Ministério da Saúde e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), através de um convênio entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, o que posteriormente, o transformou na Fundação Especial de Saúde Pública (FSESP). Este ainda criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que em 1960 foi substituído pela Superintendência de Campanha (SUCAM). Segundo Paim (2009, p. 31):

(...) a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública, de outro, a saúde- do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho, e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial.

Por volta de 1975, o orçamento do Ministério da Saúde não atingia a casa de 1% dos recursos públicos federal. As epidemias cresciam, a mortalidade infantil atingia números assustadores, a saúde no país passava por uma série crise.

A medicina previdenciária que teve início com as Caixas de Aposentadoria e Pensão foi substituída pelos institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), e desse modo, cada categoria trabalhista ganhou uma instituição de previdência: Comércio, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes (IAPC); Bancários, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB); Industriários, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI); Marítimos, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM); Servidores do Estado, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE); Estivadores e Transportes de Cargas, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas (IAPTEC). (PAIM, 2009, p. 32)

Todos estes institutos, exceto o IPASE, foram unificados em 1966, durante a Ditadura Militar pelo, então Presidente da República Castello Branco no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Somente os trabalhadores que tivessem vínculos empregatícios teriam direito a assistência médica, os demais, ou recorriam aos serviços médicos hospitalares e a população menos abastada, restava às instituições filantrópicas.

Em 1975, o governo federal através da Lei nº 6.229 instituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS), e no item I do artigo 1º assegura:

I - do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, cabendo-lhe particularmente:

- a) Elaborar planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e orientar sua execução;
- b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- d) Coordenar a ação de vigilância, epidemiológica em todo o território nacional e manter a vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos, principalmente de entrada, no País;

e) Efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano. (BRASIL, 1975, p.1).

Ainda neste item da referida lei, esta estabelece que é necessário uma avaliação sanitária da população, que é preciso orientar as pessoas para que estas tenham uma boa alimentação. Outro ponto muito importante nesta Lei e que pela primeira vez, teve a preocupação com a formação dos profissionais da área da saúde, assegurando:

III - O do Ministério da Educação e Cultura, incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde, cabendo-lhe particularmente:

- a) Orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área, em quantidade e em qualidade;
- b) Manter os hospitais universitários ou de ensino, zelando para que, além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;
- c) Orientar as universidades que incorporam a formação de pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde. (BRASIL, 1975, p.1)

Nesse momento da história, teve início um movimento social que, reivindicava que a saúde deveria ser igualitária para todos e que esta, deveria ser financiada pelo Estado, deixando de ser um trabalho assistencialista de uma pequena camada da sociedade.

De acordo com Paiva e Teixeira (2014) em 1976, um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo criou o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), cujo objetivo era promover através de um periódico a análise da saúde brasileira. Este fato ocorreu durante a XXVIII Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada em julho de deste mesmo ano em Brasília.

Em 1978, a OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, capital do Kazaquistão, contando com a participação de 700 pessoas, ocasião em que foi assinada a Declaração de Alma-Ata onde é reafirmado que, a saúde é um direito fundamental do ser humano, tornando-se uma das mais importantes metas sociais para todos os países.

Em 1979, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, foi criada a Associação Brasileira de Pós-

Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que de acordo com LIMA, SANTANA (2006, p. 9) com seguinte objetivo:

(...) busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade emergem como questões principais. Foi em torno desses temas e do desafio de formar profissionais atentos à corrente de novas ideias sobre os problemas de saúde, alguns antigos, outros produtos de mudanças recentes nos campos biomédicos, político e social, que se organizou, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Estas duas instituições em conjunto com seus fundadores, defendiam a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, uma participação social e um sistema unificado e universal de saúde. Esta era a base da reforma sanitária que precedeu a criação do SUS.

Para Escorel e Teixeira (2008) a reforma sanitária foi sedimentada em função dos departamentos de medicina das Universidades, das escolas públicas de saúde, dos programas de pós-graduação em saúde comunitária, dos movimentos estudantis, pois no seu entendimento, ações destes grupos com o apoio da sociedade é que decidiram os novos rumos da saúde pública brasileira, levando nossos congressistas a refletirem sobre essa demanda e, com a aprovação da Constituição Federal de 1988, que traz em seu artigo 198 a institucionalização do SUS afirmando:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes 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.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988, p.115)

Sem dúvida, a implantação do SUS foi uma resposta que a sociedade esperava e merecia desde os tempos de nossa colonização, já que neste período como podemos observar, a saúde pública era direcionada somente para quem pudesse pagar, ficando o restante da população a mercê de caridade.

O SUS foi legalizado pela Lei 8.080 em 19 de setembro de 1990, que apresenta as condições e metas para a promoção, proteção e recuperação da saúde

do brasileiro, além da organização e o funcionamento dos serviços para que este objetivo seja atendido. Esta tem alcance para todo território nacional, tanto para os estabelecimentos públicos, quanto particular e filantrópica, abrangendo inclusive as políticas econômicas e sociais destinadas ao setor de saúde.

Esta Lei define o SUS como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, praticados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais de administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Públicos” (BRASIL, 1990, p. 2). Os estabelecimentos públicos de saúde administrados pelos SUS, pertencem aos municípios e estados nos quais estão inseridos, permitindo que os serviços básicos, sejam acessíveis a todo cidadão que precisar de atendimento.

O SUS desde a sua criação está presente em todas as áreas desde o atendimento mais simples ao mais especializado, garantindo saúde gratuita a toda população. Um de seus principais objetivos é o acesso, isto é, estar presente em todos os municípios deste país. O Decreto 7.508 aprovado em junho de 2011, que regulamenta Lei 8.080, que a Lei Orgânica da Saúde nos pontos que necessitam de regulamentação, organiza o SUS complementando a referida Lei, porém, o ponto chave deste Decreto é sem dúvida o planejamento da saúde, isto é como deve ser promovido às ações de saúde no território nacional. Este Decreto em seu artigo 2º implanta:

. As regiões de saúde - que são formadas por um grupo de municípios vizinhos que se identificam pela cultura, pelos hábitos e que compartilhem uma infraestrutura de transportes e formas de comunicação, com o objetivo de melhor organizar o planejamento e a execução integrada dos serviços de saúde.

. Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde - É um contrato firmado entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios com a finalidade de organizar e integrar as ações de saúde. Este define as responsabilidades, os indicadores e metas de saúde e os critérios de avaliação de desempenho, além da disponibilidade dos recursos financeiros.

. Define ainda as portas de entrada, que é o atendimento inicial dos usuários, as comissões Inter gestoras e o mapa da saúde, que é: “descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema”. (BRASIL, 2011, p. 1)

Este decreto traz a atenção básica como prioridade no SUS. As consultas e procedimentos serão organizados em uma rede de serviço, tendo o atendimento inicial, realizado na unidade de saúde mais próximo do usuário de preferência no

próprio município e que pode ser uma policlínica, posto de saúde ou em um PSF, e quando necessário encaminhado para uma rede mais especializada.

Cada região terá seu mapa de saúde que dará a identificação das necessidades de saúde de cada região e, assim, poder orientar o planejamento integrado, que com base nesse mapa, o SUS irá elaborar seus planos de saúde para a região. Neste plano de saúde deverão constar as metas, diretrizes e objetivos de cada município, e que deverá ser aprovado pelo conselho municipal da referida região ou município, além dos investimentos necessários para a realização do mesmo.

Este Decreto ainda reconhece a importância da formação de comissões e cria as comissões Inter gestora tripartite, bipartite e Inter gestora regional. Essas comissões que serão os conselhos: nacional, estadual e municipal, é que irão viabilizar as diretrizes definidas pelas instâncias de controle social.

Como afirma Paim (2009) o SUS é uma conquista do povo brasileiro, porém para que este possa funcionar a contento são necessários os recursos para que se possa efetuar um bom atendimento, mas isto vem sendo ameaçado nos últimos anos, em decorrência da perspectiva neoliberal.

Em 2016 foi aprovado pelo senado uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241, mais conhecida com a PEC da morte, pois congela por vinte anos os gastos com a saúde. Os economistas afirmam que, durante este período, as perdas de investimento na saúde alcançarão o volume de 37,5% a menos de investimento na área da saúde.

Sem dúvida que esta legislação põe em risco à saúde de todo brasileiro, em especial àqueles que dependem destes recursos para realizarem tratamentos urgentes, que é o caso dos que necessitam de tratamentos oncológicos. Quando a estimativa é de 600 novos casos de câncer no biênio 2018/2019, os recursos para saúde diminuem, isto é no mínimo um grande descaso com a saúde da população.

No item a seguir iremos detalhar como é o atendimento do SUS aos pacientes oncológicos.

3.3 O atendimento dos pacientes oncológicos pelo SUS

A abordagem do câncer como um problema sanitário, começou a ser abordado somente no início do século XX, quando ocorreu uma verdadeira tomada

de consciência dos médicos brasileiros. Segundo Teixeira (2009) foi em decorrência do contato de um grupo de profissionais nas discussões ocorridas em congressos internacionais e foi tomando espaço nas discussões acadêmicas e nas revistas médicas, o que resultou na criação do primeiro hospital especializado em tratamento radiológico do câncer em 1922, na cidade de Belo Horizonte em Minas Gerais.

Acompanhemos na tabela a seguir, a evolução da história do câncer no Brasil, segundo INCA (2018).

Tabela 1: Evolução da história do câncer

ANO	DISCRIMINAÇÃO
1397	Getúlio Vargas assina o decreto de criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal no Rio de Janeiro.
1938	Inaugurado o Centro de Cancerologia tendo como diretor o Doutor, Mário Kroeff, com 40 leitos, um bloco cirúrgico, um aparelho de raio-x e outro de radioterapia.
1941	Criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC).
1944	O Centro de Cancerologia é transformado em Instituto do Câncer.
1961	Aprovado o novo regimento do Instituto do Câncer passando a ser denominado INCA, sendo também suas atribuições o campo assistencial, científico e educacional.
1967	Criada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC).
1969	O INCA é desligado do Ministério da Saúde, passando a ser administrado pela Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, passando assim ao MEC.
1972	O INCA é reintegrado ao Ministério da Saúde.
1980	O INCA passa a receber recursos através da CNCC.
1982	O INCA e a CNCC reorientam as ações de combate e controle do câncer por meio de um Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), com a estrutura Técnico-administrativa que passaria depois a ser o Pro-Onco.

Fonte: INCA

Com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o INCA foi incluído no artigo 41 que afirma:

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de

prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia. (BRASIL, 1990, p.16)

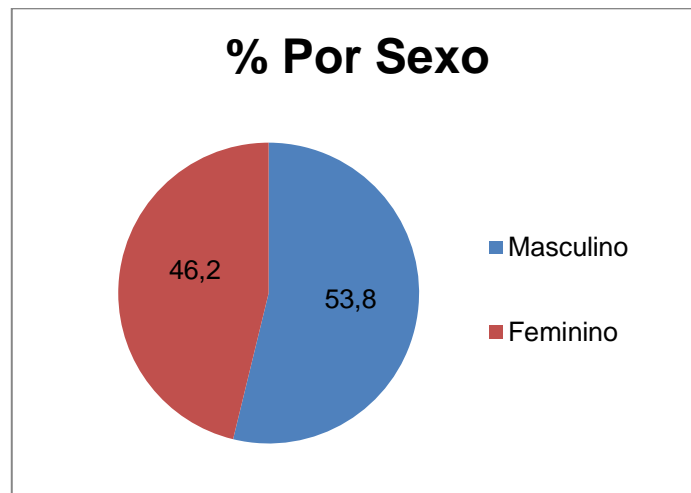
O INCA, então consolida sua posição de liderança, ampliando seus programas, criando novos programas a nível nacional para detecção precoce da doença, incorporando novos hospitais para o combate a todos os tipos de câncer.

Nesse mesmo período foi criada a Fundação Ary Frauzino para desenvolver pesquisas e controle do câncer, precisamente em 1991. A mesma é uma entidade filantrópica, cujo objetivo é colaborar com o INCA, Secretarias estaduais, municipais e demais instituições que tenham suas atividades voltadas para o combate ao câncer. Suas principais atividades estão voltadas para programas de ensino e educação continuada de profissionais de saúde, assistenciais de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com neoplasias. A fundação do câncer como é conhecida, ainda apoia pesquisas e mantém organizações, oferecendo apoio técnico e material para pesquisadores e instituições científicas.

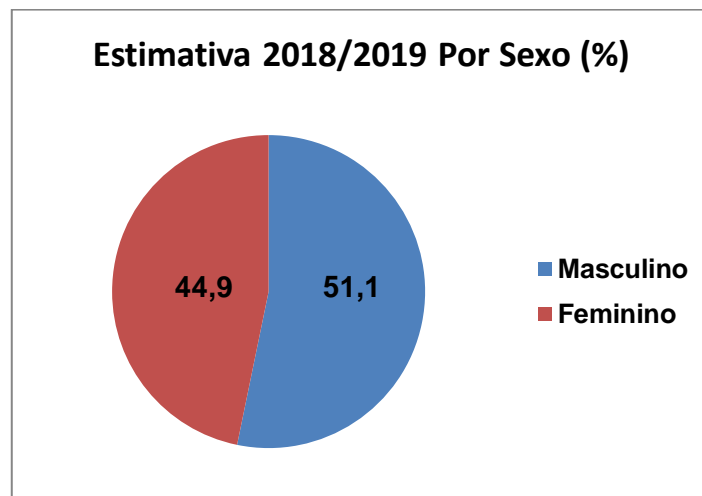
Sob a coordenação do INCA foi criado os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em todo o país, com o objetivo de ofertar os serviços oncológicos, principalmente, às pessoas que não vivem nas capitais brasileiras. Estes centros oferecem serviços de diagnósticos, cirurgias, quimioterapias, radioterapias e os cuidados paliativos em áreas sem coberturas para os doentes oncológicos.

Hoje, o INCA mantém programas e ações de combate à doença em todo o país, além de programa de combate ao tabagismo, expansão da Assistência oncológica, de transplante de medula óssea e várias campanhas educativas e preventivas.

A seguir, apresentaremos dados de uma pesquisa realizada por Rennó (2012) em uma unidade de Oncologia na Santa Casa de Poços de Caldas, uma cidade do sul de Minas Gerais. A mesma realizou a pesquisa com um grupo de 13 pacientes acompanhados pelo setor de oncologia da referida instituição. Optamos por demonstrar os dados desta pesquisa, apesar de ser de 2012, por dois motivos: o primeiro, é que não temos muitas pesquisas divulgadas, e segundo, por conter dados referentes aos números de metástase e de recidiva.

Gráfico 1 - Percentual de pacientes por sexo

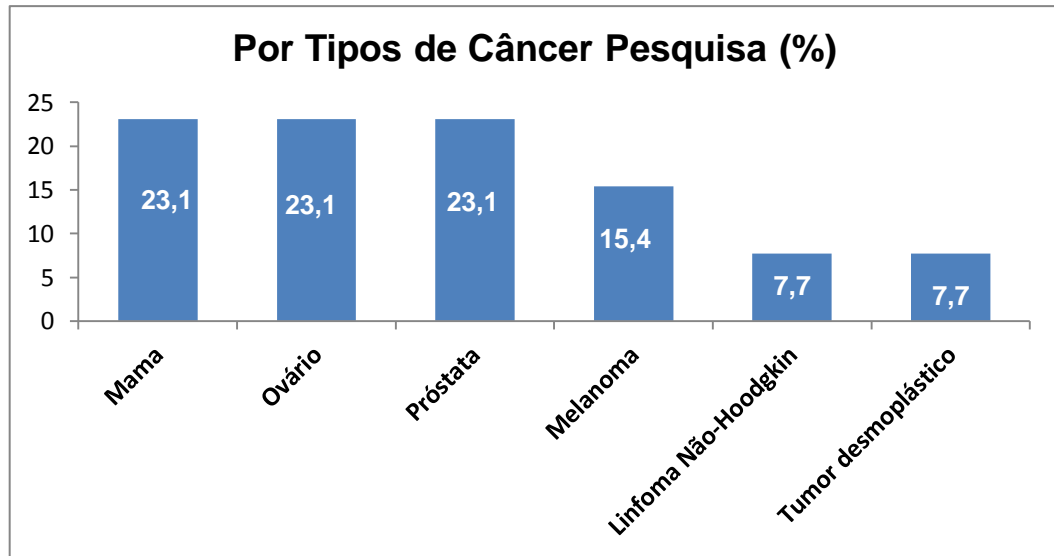
Fonte: Rennó (2012)

Gráfico 2 - Estimativa 2018/2019 por Sexo

Fonte: INCA (2017)

Como podemos observar no gráfico acima, o universo pesquisado foi de 53,8% formado por homens e 46,2% por mulheres pertencentes à faixa etária de 20 a 80 anos. No gráfico é visível que o maior percentual está entre os homens. Isto é pertinente, pois ao analisarmos as estimativas para 2018 e 2019, divulgados pelo INCA (2018) é que serão 324.5 mil novos casos para homens e 310.3 mil para mulheres, isto representa 51,1 % e 44,9% respectivamente, conforme o gráfico abaixo:

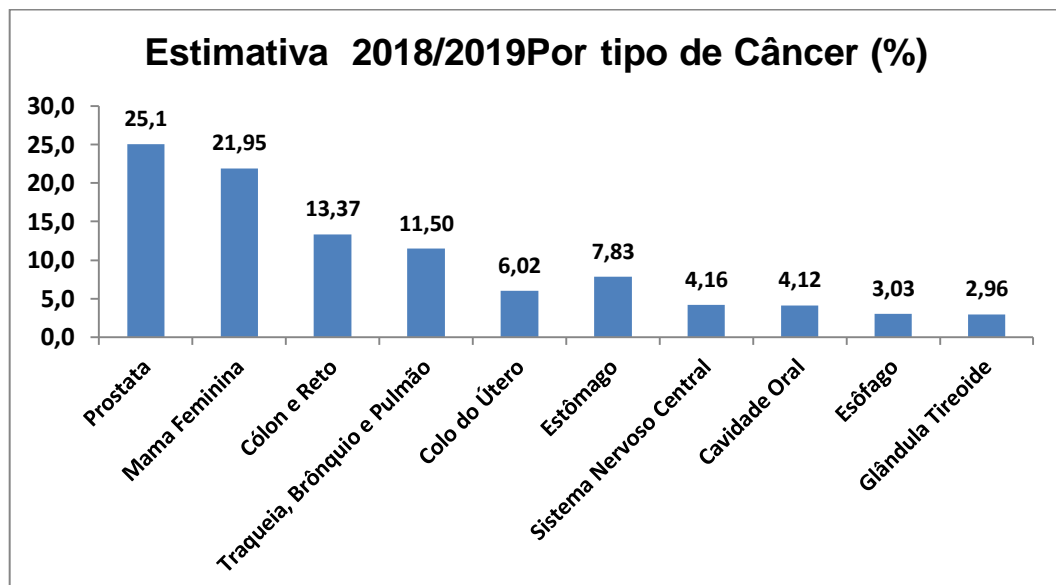
Gráfico 3 - Percentual de pacientes por tipo de câncer



Fonte: Rennó (2012)

No gráfico acima, temos os tipos de câncer referente aos pacientes da pesquisa. Podemos observar que neste grupo o câncer de mama, ovário e próstata estão em pé de igualdade, porém, as estimativas do INCA para o biênio 2018/2019, indicam que o número de câncer de próstata está em primeiro lugar, seguido pelo de mama, cólon e reto, conforme gráfico abaixo.

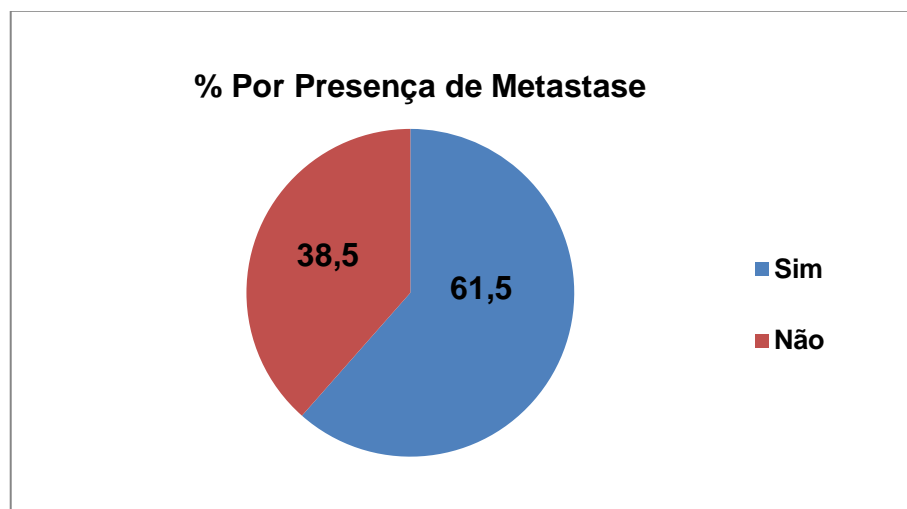
Gráfico 4 - Estimativa 2018/2019 por tipo de câncer



Fonte: INCA (2017)

Neste gráfico estão expostos os dez tipos de câncer que serão mais recorrentes no período de 2018 e 2019, de acordo com as estimativas do INCA. Não podemos deixar de observar que, os índices são ainda muito altos, apesar das campanhas educativas e preventivas, especialmente, nos casos de mama e próstata, com o outubro rosa e o novembro azul, contanto com apoio de todos os órgãos da saúde e da sociedade.

Gráfico 5 - Percentual de presença de Metástase



Fonte: Rennó (2012)

Nesta pesquisa realizada por Rennó (2012), podemos observar que número de casos de metástase é bastante alto chegando a 61,5% dos casos, isto significa que das 13 pessoas acompanhadas por nossa pesquisadora, oito passaram pelo processo de recidiva, isto é, tiveram que fazer um novo tratamento. Por outro lado, também é possível perceber que cinco destes pacientes foram curados. Por estes resultados é possível sim, afirmar que, o câncer tem cura. A ciência ainda não pode afirmar quem vai se curar ou não, porque para que isto ocorra são levados em consideração diversos fatores, que são condições de cada indivíduo, portanto, não pode ser previsível.

Em todo o Brasil, o SUS mantém uma rede de atendimento de saúde, de hospitais e instituições que realizam tratamento de câncer, através de cirurgias, quimioterapias, radioterapias, transplante de medula óssea e hormonioterapia. Transcrevemos abaixo as dez maiores instituições com tratamentos oncológicos:

- Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo fundado em 1995. Hoje conta com Colaboradores: 5.000 e 674 leitos.
- Hospital Sírio-Libanês, também em São Paulo, considerado um dos centros médicos mais importantes do Brasil e da América Latina. Contando 5,2 mil colaboradores e 466 leitos.
- Instituto Nacional do Câncer – INCA Rio de Janeiro Considerado um Centro de Referência de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do Ministério da Saúde, tendo todas suas atividades voltadas para diminuir os casos e mortalidade por câncer. Tem hoje 5,2 colaboradores e 466 leitos. A INCA conta com cinco unidades no estado do Rio de Janeiro tendo este ano feito os seguintes atendimentos: 221.024 consultas médica; 136.064 consultas multidisciplinares; 11.771 internações; 6.821 cirurgias; 45.146 quimioterapias; 57.738 Radioterapias.
- A.C. Camargo Câncer Center – Fundação Antonio Prudente, em São Paulo, fundado em 1953 tem como especialidade o tratamento e pesquisas sobre o câncer. Conta com 5 mil colaboradores e tem 441 leitos.
- Hospital de Clínicas de Curitiba é o hospital universitário da Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, é referência nacional em transplante de medula óssea e banco de ossos. O mesmo tem 627 leitos e 3.337 colaboradores.
- Santa Casa da Misericórdia na cidade de Porto Alegre tem especialidade em oncologia, neurocirurgia, cardiologia e transplantes. Mantém 7 unidades que são referência na saúde, prevenção de doenças, na assistência, e no ensino e pesquisa em toda a América Latina. Conta com 1.023 leitos e 8.808 colaboradores.
- Hospital das Clínicas de Belo Horizonte também um hospital universitário da Universidade Federal de Minas Gerais, em atividade desde 1928, é referência em transplantes, tratamentos oncológicos e quimioterapia.
- Hospital das Clínicas de Belo Horizonte é um Centro de Oncologia e Hematologia em Belo Horizonte, tendo sido inaugurado em 1858. Hoje se destaca em oncologia e hematologia, com atuação filantrópica em 4 municípios do interior da Bahia, com atendimentos gratuitos pelo SUS.
- Hospital do Câncer de Pernambuco, em Recife. O mesmo está em atividade há 70 anos, 55% de seus pacientes são oncológicos, trabalham com prevenção, consultas e tratamento.

- Instituto do Câncer do Ceará (ICC), em Fortaleza, oferecendo serviços de prevenção, cirurgias e tratamento quimioterápico tanto pelo SUS, como em pacientes oriundos da rede privada.

De acordo com o Ministério da Saúde, o ICC é um dos principais complexos hospitalares do norte e nordeste com especialidade em diagnóstico, tratamento integral, ensino e pesquisa sobre o câncer. O mesmo mantém a Escola Cearense de Oncologia (ECO). É considerado o 5º maior programa de residência médica em cancerologia do país e um dos maiores em residência multiprofissional em cancerologia, sendo responsável pela formação de profissionais em diversas especialidades em cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado. Realiza em torno de 25 mil atendimentos mensais e mais 9.000 novos casos de câncer por ano.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, temos ainda o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), que presta assistência aos pacientes com tumores sólidos, oferecendo um serviço de alta qualidade e disponibiliza suporte aos pacientes oncológicos nas diversas fases da doença. O mesmo oferece consultas, tratamento de quimioterapia, medicações orais tais como: hormonioterapia, analgésicos opióides, antidepressivos, para dor e antieméticos.

Temos ainda, o Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), considerado o mais bem equipado Centro de Tratamento de Câncer no Estado do Ceará, este é habilitado pelo SUS como uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), sendo responsável por 53% do tratamento de radioterapia e, 24% da quimioterapia em todo o estado do Ceará. O mesmo atende pacientes de 170 municípios, sendo 85% de seus atendimentos destinados para pacientes do SUS. O mesmo tem atuação desde a prevenção até a cura.

O próximo capítulo teremos a oportunidade de conhecer os relatos dos familiares e pacientes que passaram por um tratamento para curar um câncer.

4 O RELATO DOS FAMILIARES E PACIENTES ONCOLÓGICOS SOBRE O ATENDIMENTO DO SUS

4.1 Percepção dos usuários oncológicos sobre o atendimento do SUS

Como podemos observar nos itens anteriores, o SUS tem uma rede de atendimento para pacientes oncológicos muito vasta, presente em todo o território nacional, disponibilizando todos os tratamentos necessários para a cura destas doenças.

Relembrando um pouco o universo de nossa pesquisa, que são três pacientes do município de Pentecoste no estado do Ceará, que estão em estágio de remissão. Os mesmos responderam o nosso inquérito sobre a descoberta da doença, como foram atendidos pelos SUS e, sobre o que mudou em suas vidas depois da descoberta da doença.

Inicialmente, perguntamos aos mesmos qual o seu tipo de câncer e como descobriram a doença. O paciente número 1 nos informou que, inicialmente, sentiu algumas dores no abdômen, que o fez, procurar a UPA do município, e que realizou alguns tratamentos paliativos receitados pelos médicos desta unidade de atendimento. Persistindo a dor foi encaminhado para o PSF de seu bairro, onde o médico solicitou uma bateria de exames. O mesmo descreve que: “Primeiro, este realizou o exame clínico e solicitou exames de sangue e uma endoscopia digestiva alta. Após o resultado dos exames foi encaminhado para o ICC”. (ENTREVISTADO nº 1, 2018).

A paciente número 2 começou a sentir os primeiros sintomas no final de 2013, inicialmente, apareceram umas manchas roxas na pele e que não deu muita importância, mas como passou a sentir muito cansaço nas pernas foi ao PSF de seu bairro, o médico indicou que ela fizesse umas caminhadas, pois poderia ser um problema de circulação e indicou uma medicação que a mesma tomou, porém, não sentia nenhuma melhora. Ela afirma que: “Um dia tive um sangramento no nariz, voltando ao PSF o médico solicitou uma bateria de exames de sangue que após o resultado do mesmo, foi detectado que poderia ser uma leucemia”. (ENTREVISTADA nº 2, 2018). Então, a mesma foi encaminhada para o ICC.

Já a paciente número 3, nos informou que por volta do mês de setembro de 2015 percebeu um pequeno nódulo na região do pescoço. Não deu muita

importância ao mesmo, porém, um mês depois percebeu que tinha nascido outro próximo à garganta, preocupada procurou o PSF de seu bairro, onde a médica que a atendeu solicitou vários exames de sangue e uma ultrassonografia cervical. A mesma informa que, ao realizar este último exame e por ser muito curiosa, perguntou ao médico que o realizava o que poderia ser aquele nódulo, qual foi sua surpresa quando este a informou tratar-se de vários nódulos e, não somente dois como ela achava que eram, ou seja, um no pescoço e o outro nas proximidades da garganta. Perguntou então ao médico, qual seria a causa de tantos nódulos, e este a explicou tratar-se de linfonodos e que poderiam ser de várias causas e que ela procurasse seu médico e conversasse com o mesmo a respeito do resultado do exame.

Voltando ao PSF, a médica solicitou um exame de baciloscopia, pois uma das causas poderia ser uma tuberculose ganglionar, o resultado deu negativo. Nesse estágio, a mesma começou a sentir muito cansaço e coceira no corpo todo, além de suores noturnos. A paciente que é muito ativa nos conta que:

Não senti muita firmeza na médica iniciei uma investigação na internet, então descobri que talvez tivesse um problema mais sério. Durante minha busca encontrei informações sobre o CRIO e marquei uma consulta com um especialista em cabeça e pescoço. (ENTREVISTADA Nº 3, 2018).

Este médico ao ver seus exames solicitou logo uma punção para biopsia, que não obteve um resultado claro, e assim, optou por uma cirurgia para a retirada de um linfonodo para poder realizar a biopsia. Esta também não foi conclusiva, então foi realizada uma imuno-histoquímica⁶ que detectou um linfoma de Hodgkin⁷. Com este resultado, a mesma foi encaminhada para um hematologista do próprio CRIO para iniciar o tratamento.

Quando questionamos a estes pacientes sobre após a descoberta, quais os procedimentos para o início do tratamento? O primeiro respondeu que, ao chegar ao

⁶ A imuno-histoquímica é um método de análise dos tecidos via microscópio, buscando identificar características moleculares das doenças. Tem diversas aplicações, como o diagnóstico de doenças inflamatórias, infecciosas e neoplasias. Também é muito importante para determinação de fatores preditivos e prognósticos no câncer. Esse exame auxiliar em diversas situações, tais como o diagnóstico de tumores indiferenciados - definir se um tumor é um carcinoma, linfoma, melanoma ou sarcoma. Como cada tipo de tumor tem um tratamento e evolução diferente, é importante tentar diferenciá-los através da imuno-histoquímica, que vai pesquisar moléculas associadas a diferentes tipos de tumor...

⁷ Linfoma de Hodgkin é uma forma de câncer que se origina nos linfonodos (gânglios) do sistema linfático, um conjunto composto por órgãos e tecidos que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem estas células através do corpo.

ICC, o mesmo fez uma triagem que faz parte do atendimento inicial nesse instituto e logo foi encaminhado para o médico que o acompanharia durante o tratamento. Este o informou da necessidade de uma cirurgia para a retirada do tumor. Logo que esta foi realizada, teve início o tratamento com quimioterapia e radioterapia.

A paciente número 2 informa que ao ser encaminhada para o ICC lá foi solicitado uma biopsia e, após o resultado para leucemia, iniciou o tratamento com quimioterapia.

A paciente 3, afirma que após o encaminhamento para o hematologista, este realizou um exame clínico e solicitou mais uma bateria de exame de sangue, tomografia torácica, abdominal total, biopsia da medula óssea e um eco cardiograma, para uma avaliação com o objetivo de determinar o período do tratamento. O tratamento demorou um pouco a começar, porque a biopsia da medula óssea, mais uma vez, não foi conclusiva e necessitou realizar o exame imuno-histoquímica, para saber se o linfoma já havia atingido a medula. Por fim, o resultado foi negativo e, então, foi determinado o tratamento para 12 aplicações de quimioterapia denominada ABVD, por ser um tratamento a base de Adriamicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina.

Perguntamos aos nossos entrevistados se o seu acesso ao SUS foi fácil ou difícil? O primeiro afirmou que para a realização dos exames iniciais demorou bastante, mas que após o diagnóstico e sua chegada ao ICC foi mais rápido, e que após a cirurgia, o tratamento foi logo iniciado. Segundo o mesmo: “o mais difícil foi chegar ao ICC”. (ENTREVISTADO nº 1, 2018)

A segunda paciente faz a mesma afirmativa e que “mesmo no ICC demorou um pouco, pois a prioridade era para as pessoas que já têm o diagnóstico confirmado, mas após a confirmação da neoplasia o início do tratamento foi bem rápido”. (ENTREVISTADA nº 2. 2018).

A terceira paciente afirma que, ao perceber que seria muito demorado o processo dos exames iniciais, e como já desconfiava que seu problema fosse um câncer, os exames iniciais, realizou por sua conta em clínica e laboratórios particulares e que, com o apoio de seus familiares conseguiu arrecadar a soma que precisaria para realizar os exames, pois o custo foi mais alto. Porém, esta afirma que: “Após eu ser encaminhada para o hematologista todo meu tratamento foi realizado pelo SUS e com todos os resultados em mãos, logo iniciei meu tratamento”. (ENTREVISTADA nº 3, 2018)

Perguntamos ainda, o que mudou nas suas vidas após o diagnóstico? O primeiro afirma: “Tudo, pois não pude mais trabalhar, e hoje estou aposentado”. Como foi necessário retirar o estômago a digestão é mais rápida, pois o alimento vai direto para o intestino, “no início foi difícil me adaptar a esta nova realidade, mas que agora está mais fácil”. (ENTREVISTADO nº 1, 2018).

A segunda afirma que, antes não se preocupava muito com a saúde, mas que após a doença, agora se cuida mais e está sempre atenta para evitar que a doença volte. Ressalta ainda: “Hoje tem muito cuidado para não adquirir nenhuma infecção, uso máscara constante para evitar correr riscos”. (ENTREVISTADA nº 2, 2018)

Já a terceira, afirma que durante o tratamento mudou quase tudo, pois primeiro teve que passar o tratamento quase todo na casa de irmã em Fortaleza, pois sua imunidade era baixíssima e no município de Pentecoste estava em epidemia de chikungunya, então, a família optou por retirá-la da cidade. Esta ressalta que: “Precisei parar de trabalhar, pois fiquei bastante debilitada e após as sessões iniciais de quimioterapia era mais difícil ainda, os efeitos colaterais foram muitos e alguns bastante fortes”. (ENTREVISTADA nº 3, 2018). Informa ainda que, a aplicação da quimio que fazia a cada 15 dias, por muitas vezes precisou ser adiada por conta da baixa imunidade, então, era preciso tomar outro tipo de medicação para que a mesma voltasse a níveis que pudesse suportar a aplicação do tratamento. Em virtude disto, o tratamento demorou mais de um ano, mas após o fim do tratamento a vida voltou ao normal e, hoje, a mesma exerce suas atividades normalmente, é claro que algumas medidas adotadas para evitar a recidiva.

Podemos observar que cada um de nossos pacientes entrevistados, tiveram tratamentos diferenciados, apesar das rotinas serem semelhantes, e que seguiram rumos diferentes em suas vidas após o tratamento do câncer, voltando às suas rotinas, mas o que podemos constatar é que todos eles acreditam em suas curas e que o processo de remissão quando completar o período certo, que é diferente para todos, estarão totalmente curados.

No próximo item apresentaremos o resultado das entrevistas realizadas com os parentes cuidadores, onde teremos a oportunidade de observar suas reações e o que mudou em suas vidas, em virtude da doença que acometeu seus familiares.

4.2 Mudanças na rotina do familiar do paciente oncológico

Todos têm a noção de que o impacto do diagnóstico de câncer é muito grande, tanto para o paciente quanto para a família. Infelizmente, este ainda está muito ligado à perda dos entes queridos. Então, quando isto acontece abala toda a estrutura familiar, além é claro, do próprio paciente.

Nossa pesquisa se estendeu aos familiares de nossos entrevistados, em especial, aquele que foi designado para ser o cuidador, o acompanhante, como quer que o chamemos, este necessita ser forte tanto por ele, como pelo o doente. Pois, dependendo da situação, este fica muito debilitado necessitando de bastante apoio.

Inicialmente, perguntamos qual o grau de parentesco do mesmo com o paciente, e como esta doença o afetou? O acompanhante de nosso primeiro entrevistado era sua esposa. Esta afirma que:

“Precisei readaptar toda a minha rotina para poder cuidar da casa, dos filhos e levá-lo, inicialmente, às consultas e depois ao tratamento. Muitas vezes, precisei engolir o choro, para lhe transmitir forças, especialmente, nos momentos em que ele queria desistir”. (ACOMPANHANTE nº 1, 2018)

De nossa segunda entrevistada, sua acompanhante foi sua mãe. Esta afirma que deixou sua vida de lado para acompanhar sua filha. Colocou uma licença no trabalho, pagava uma pessoa para substituí-la, e assim poder estar disponível para acompanhar a filha nas consultas e no tratamento. Informa ainda que: “Foi um período muito difícil, especialmente, porque os gastos eram muitos e minha renda familiar muito pouca”. (ACOMPANHANTE nº 2, 2018)

A acompanhante de nossa terceira entrevistada foi sua irmã mais nova, que a considera como mãe, pois a maior parte de sua vida foi ao lado da mesma. Esta afirma que, deixou de trabalhar para se dedicar totalmente à irmã durante todo seu tratamento, já que a mesma permaneceu a maior parte do tratamento em sua residência e, que durante o mesmo se descobriu uma mulher forte, pois até então, era considerada muito frágil por toda a família. A mesma afirma que: “Chorei muitas vezes escondida de minha irmã, mas na grande maioria do tempo me mantive firme e forte”. (ACOMPANHANTE nº 3, 2018)

Perguntamos a estes familiares, qual a maior dificuldade que enfrentaram. A primeira afirma que: “Foi no início para poder realizar os exames, pois pelo SUS

demorava muito e para fazer particular o custo era muito alto, eu me desesperava muito ao vê-lo chorar de dor e não poder ajudá-lo”. (ACOMPANHANTE nº 2, 2018).

A segunda afirma que:

“Foi quando o cabelo de minha filha começou a cair. Ela ficou muito desesperada com a possibilidade de ficar careca, mas também com as reações da quimioterapia que eram muito fortes e baixava muito sua imunidade, deixando algumas vezes de realizar o tratamento por conta deste fato. Era tudo muito complicado”. (ACOMPANHANTE nº 2, 2018)

A terceira nos informa que sua maior dificuldade foi receber a notícia do câncer de sua irmã, e vê-la tão debilitada, totalmente dependente de sua ajuda para todas as atividades, desde a alimentação ao seu asseio pessoal. “Eu estava acostumada a ver minha irmã sempre independente, e cheia de atividades, pois ela era uma mulher trabalhadora e mantedora de grande parte de nós seus irmãos”. (ACOMPANHANTE nº 3, 2018)

Por fim, questionamos sobre o que mudou na sua vida? A primeira nos informou que teve de deixar sua casa e seus filhos por muitos dias para acompanhar o marido durante as quimioterapias e radiografias. Ela informa: “Deixava meus filhos com minha mãe, pois nós saíamos muito cedo no carro da secretaria de saúde para o ICC e só voltávamos muito tarde, muitas vezes só conseguia ver as crianças no dia seguinte”. (ACOMPANHANTE nº 1, 2018)

A segunda afirma que foi necessário fazer uma adaptação no trabalho para poder acompanhar a filha durante o tratamento, e que desde que recebeu o diagnóstico, ressalta que: “até hoje sou acompanhada juntamente com minha filha por um psicólogo, o pior já passou e juntas vamos vencer mais esta provação”. (ACOMPANHANTE nº 2, 2018)

A terceira afirma que:

“Hoje me sinto mais forte, pois acompanhar a irmã durante toda sua doença e tratamento sem emitir nenhuma reclamação, mesmo diante dos efeitos colaterais, sentindo dor, náuseas, sem poder sequer ir ao banheiro sem minha ajuda, e sempre sorrindo e serena, me fez pensar muito em minha vida e no quanto eu gostava de reclamar. Sem dúvida, aprendi uma grande lição que jamais esquecerei”. (ACOMPANHANTE nº 3, 2018)

Como podemos observar cada um de nossos entrevistados tem sua própria história, percorrem caminhos semelhantes, passaram pelo mesmo tratamento e circunstâncias, porém, cada um teve reações diferentes, mas que em nenhum momento tiveram dúvidas com relação a realizar o tratamento, com exceção do

primeiro paciente, mas antes de receber o diagnóstico em virtude da demora em realizar os exames.

As dificuldades enfrentadas por nossos pacientes são sem sombra de dúvidas, as mesmas para todos os que precisam enfrentar um problema de câncer. Assim, como para os que se propõem a acompanhar seus entes queridos. Ambos necessitam interromper suas atividades profissionais, mudar suas rotinas, se afastarem de seus familiares, mesmo que momentaneamente. Este fato, afeta o emocional de todos, sem contar as interrogações e os medos não pronunciados.

O câncer apesar de ter localizações diferentes, os caminhos percorridos até obter o diagnóstico são iguais e para todos. O SUS coloca a disposição do paciente oncológico em todo país, uma Rede de Atenção à Saúde que vai desde o atendimento básico realizado no PSF da cidade onde habita o doente, até Centros de Alta Complexidade onde possam ser realizadas cirurgias, exames mais complexos e oferecer todos os tratamentos para que o paciente obtenha sua cura.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar este trabalho foi muito enriquecedor, pois ao optarmos por este tema, não tínhamos a mínima ideia do que poderia nos ocorrer durante esta pesquisa. Porém, ao realizá-lo tivemos a oportunidade de várias aprendizagens, dentre elas, descobrir as possibilidades que uma doença tão devastadora, pode trazer ensinamentos aos envolvidos e, por que não dizer, a nós enquanto pesquisadores.

O tema nos chamou atenção e, com ele fomos ao longo da pesquisa bibliográfica aprofundando conhecimentos com relação à doença, que nem se quer imaginávamos. Podemos compreender como a doença se forma no organismo, como as células se multiplicam, como ocorre à metástase, enfim, como cada organismo reage a esta multiplicação e o porquê de a grande maioria dos casos serem descobertos já em estágio bem avançado, impossibilitando, a cura.

O que mais nos surpreendeu foi à história de como a saúde pública em nosso país foi por tanto tempo desprezada e, porque não dizer, a vida humana, já que saúde é vida. Sempre ouvimos dizer que as coisas em nosso país estão erradas desde o descobrimento, nunca tínhamos parado para pensar sobre este dito popular, porém, ao realizamos esta pesquisa, pudemos compreender melhor esta visão do povo, que infelizmente, é a mais pura realidade.

A saúde no Brasil desde o período colonial sempre foi destinado somente para os ricos, com o processo educativo político de uma parte da sociedade e com muita luta, esta realidade vem aos poucos sendo modificada, e a Constituição Federal de 1988 em resposta a esses anseios, criou o SUS, que hoje atende com equidade uma grande parte da sociedade, independente de sua condição social.

Outro ponto favorável descoberto é como as políticas públicas e a sociedade, estão juntas para combater esta doença através de campanhas esclarecedoras, preventivas e com estudos científicos para novas descobertas de medicamentos, de novos instrumentos e novos tratamentos para a cura do câncer, tanto a nível nacional, quanto mundial.

Pudemos acompanhar a trajetória, mesmo que um pouco artificial, de três pessoas que percorreram todo o caminho desde os primeiros sintomas, à descoberta da doença, as dificuldades tanto financeiras, quanto emocional de todos os envolvidos, pacientes e familiares, que se ajudaram e percorreram juntos todo o tratamento, e que venceram esta tão temível doença.

Portanto, podemos sim, afirmar que o câncer hoje é uma doença combativa, que se diagnosticada cedo, a possibilidade de cura é de quase 100%, que apesar das estimativas serem assustadoras a possibilidade de cura existe sim, nossos entrevistados são a prova viva deste fato.

O SUS, apesar do tamanho do Brasil é ativo em todo território nacional e, seus colaboradores trabalham firmemente no combate ao câncer, no tratamento e na prevenção do mesmo.

Através da entrevista realizada com os pacientes e seus familiares, percebemos a importância deste serviço realizado pelo SUS, porém, ainda constatamos a dificuldade que estes encontraram neste acesso. A demanda de exames é muito grande para a estrutura montada, atrasando, assim, exames que deveriam ser realizados com urgências, pois disto, resulta viver ou morrer para alguns pacientes oncológicos.

No caso de nossos entrevistados, estes sentiram esta dificuldade e, somente uma paciente teve condições de angariar os recursos necessários para a realização dos exames em clínicas particulares e, assim, apressar os resultados, enquanto os outros dois tiveram que ficar na fila para poder realizá-los.

Este período de espera permite que a doenças se alastre para outros órgãos, permitindo que apareçam as metástases, dificultando e atrasando a cura. Felizmente, nossos entrevistados puderam realizá-los mesmo com atraso, mas hoje se consideram curados.

Vale ressaltar que não temos a pretensão de esgotar esta discussão sobre o acesso dos pacientes oncológicos ao SUS, mas esperamos contribuir para que outros trabalhos tragam essa discussão ao meio acadêmico e, em especial, nos cursos de Serviço Social. Como graduanda deste curso, ficamos na expectativa de que outros profissionais desta área possam contribuir com a luta pelos direitos ao acesso à saúde, aumentando esse processo de discussão, e quiçá, envolvendo outros profissionais da área de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **ABC do câncer**. INCA. 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf. Acessado em: 24/8/2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil** 43. ed. – Brasília :

Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 1988; Disponível em:

<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acessado em: 20/9/2018.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE**. Senso 2010.

Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/> . Acessado em: 03/08/2018.

_____. **Instituto Nacional do Câncer - NCA**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>.

Acesso em: 4/8/2018

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acessado em 28/07/2018

_____. **Lei Nº 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975**. Disponível em:

<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acessado em: 17/9/2018.

_____. **Portaria nº 2439**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Diário

Oficial da União, Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção I. p. 80-81. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html.

Acessado em: 28/07/2018.

_____. **Resolução 510/2016**. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.

Acessado em: 06/8/2018.

EGGERS, S. A história do câncer em direção à cura. **Revista Hands**, São Paulo, v. 2, n. 10, p. 14-16, 2002.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

LIMA, Nísia Trindade, SANTANA, José Paranaguá de. **Saúde coletiva como compromisso a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2006

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3a ed. São Paulo: Vozes; 2002.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OMS. <Disponível em: <http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 15/7/2018

ONCOGUIA. **O portal do paciente com câncer 2018**. Disponível em: <<http://www.oncoguia.com.br>>. Acessado em: 15/7/2018.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva, **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acessado em: 15/8/2018.

RENNÓ. Cibele Siqueira Nascimento. **Acolhimento na percepção de pacientes portadores de neoplasia em uma unidade de oncologia do sul de Minas Gerais**. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/308728/1/Renno_CibeleSiqueiraNascimento_M.pdf. Acessado em: 25/11/18.

TEIXEIRA, L. A. O câncer na mira da medicina brasileira. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 104-117, jan./jun. 2009.

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Coord.) **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2002. cap. 1, p. 21-32.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Entrevista com Pacientes

- 1 Qual o tipo de câncer e como descobriu?
- 2 Após a descoberta quais os procedimentos para o início do tratamento?
- 3 O seu acesso ao SUS foi fácil ou difícil?
- 4 O que mudou na sua vida?

Entrevista com o acompanhante

- 1 Qual o grau de parentesco com o paciente e como lhe afetou?
- 2 Qual a maior dificuldade que enfrentou?
- 3 O que mudou na sua vida?

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: O CÂNCER TEM CURA: RELATO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DO MUNICÍPIO DE PENTECOSTE SOBRE O ACESSO AO SUS, desenvolvida por MARIA KEILIANE PEREIRA DOS SANTOS . Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada por *Virzângela Paula Sandy Mendes*, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) 999693517. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, acompanhar e descrever, como uma pessoa com câncer é atendida pela rede de atendimento aos pacientes oncológicos no SUS, no município de Pentecoste. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Assinatura da testemunha:
