

DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE E O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO BRASIL: Uma análise da realidade brasileira

SANTOS¹, Brenda Gomes dos; SANTARECCHI², Carolina; TORRES³, Joana Polycarpo; LEAL⁴, Joyce Helena Martins; AUGUSTO⁵, Luciene Rodrigues da Silva Garcia; MILLER⁶, Thayana Christina de Castro

Resumo

A detecção precoce do câncer de colo do útero, além de outros fatores, está intimamente relacionada com a prevenção e tratamento da infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Todavia, vários elementos contribuem para a detecção tardia e dificuldade de acesso aos tratamentos adequados. Por isso, objetivamos realizar um debate sobre os principais fatores condicionantes para a detecção tardia do câncer de colo do útero na Política Pública de Saúde do Brasil. Como método de construção deste trabalho realizamos uma abordagem qualitativa através de pesquisa de bibliografias relacionadas à temática. Percebemos com base nas bibliografias que, na população brasileira, os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de colo do útero estão intrinsecamente relacionados com o baixo nível socioeconômico e as grandes dificuldades de acesso à rede de atenção básica.

Palavras-chave: Desigualdades sociais; Câncer de Colo do Útero; Política Pública de Saúde.

Introdução

O presente trabalho visa trazer a discussão das desigualdades sociais em saúde, com destaque para o campo oncológico. Estas dizem respeito às disparidades produzidas pela repartição do poder e dos recursos/propriedade, ou seja, são desigualdades produzidas pelo processo social na organização da sociedade, sendo inerentes à sociedade capitalista, com seus mecanismos de produção e reprodução das relações sociais.

¹ Residente em Serviço Social no Instituto Nacional de Câncer- INCA. Email: residenciainca2016@hotmail.com

² Residente em Serviço Social no Instituto Nacional de Câncer- INCA

³ Residente em Serviço Social no Instituto Nacional de Câncer- INCA

⁴ Residente em Serviço Social no Instituto Nacional de Câncer- INCA

⁵ Residente em Serviço Social no Instituto Nacional de Câncer- INCA

⁶ Residente em Serviço Social no Instituto Nacional de Câncer- INCA

Pensar em saúde requer o conhecimento dos determinantes sociais que influenciam seu estado físico, mental e social. A partir daí, podemos compreender que o câncer perpassa as barreiras genéticas, sendo caracterizado como uma doença crônica e socialmente produzida pelo modo de vida dessa sociedade. Entendendo a complexidade do câncer, faremos um recorte, de exposição do câncer de colo do útero, uma vez que pesquisas apontam o elevado índice de mortalidade entre as mulheres, sobretudo daquelas que pertencem às classes sociais mais vulneráveis.

Resultados e Discussão:

O câncer é a segunda maior causa de morte por doença no Brasil e no mundo podendo, segundo a OMS, em breve alcançar a primeira posição. Dito isto, avaliando sua alta incidência em grande parte da população, entende-se que o câncer pode ser considerado um problema de saúde pública. Esta informação faz ainda mais sentido se considerados os países em desenvolvimento. Segundo a Estimativa do Instituto Nacional do Câncer - INCA (2016), espera-se que em 2025 o câncer corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de novos casos na população.

Portanto, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – Portaria nº 874, de 16 de Maio de 2013 – deve ser considerada uma estratégia de controle do câncer por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

O desenvolvimento do câncer está associado a condições biológicas, sociais, políticas e culturais. Sabe-se que o câncer é caracterizado como uma doença genética, contudo, a influência do meio-ambiente sobrepõe-se às condições hereditárias, estando sua ocorrência fortemente determinada por fatores como alimentação, tabagismo, agentes infecciosos e exposições ambientais e socio-ocupacionais a agentes cancerígenos (pesticidas, defensivos agrícolas, amianto, sílica, radiação ionizante e solar, benzeno, etc).

A prevalência desses elementos nas populações está intimamente relacionada às desigualdades sociais, na medida que a posição social dos indivíduos na sociedade influencia no acesso aos serviços e na qualidade dos mesmos, como é o caso da saúde. Na nossa sociedade, as desigualdades em saúde são evidentes desde o acesso à atenção básica até o atendimento na alta complexidade, e quando falamos especialmente do câncer essa realidade é ainda mais assustadora.

Estas informações confirmam o que Barata (2001) caracteriza como sendo iniquidades, ou seja, distinção no que diz respeito à oportunidade, acesso, justiça; diferenças que não são naturais, sendo estas derivadas da organização social.

Segundo a autora, iniquidade caracteriza-se pela não execução do proposto pela equidade, conforme ressalta:

O conceito de equidade, por sua vez, inclui a ideia de necessidade, ou seja, parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades. A impossibilidade de realizar as necessidades seria, então, vista como injusta ou iniquidade (BARATA, 2001).

No caso do câncer, as iniquidades se manifestam no acesso, utilização, qualidade dos serviços de saúde e do tratamento; exposição aos fatores de risco; status social, econômico, cultural; letramento em saúde (capacidade de compreensão das orientações do tratamento), entre outras.

Fazendo uma abordagem sobre o câncer de colo do útero, a literatura comprova que este é considerado um problema de saúde pública devido a sua incidência e altas taxas de mortalidade na realidade brasileira, ocupando a 2ª posição na escala de mortalidade por câncer no Brasil em mulheres, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA/MS (2015).

Todavia, essa realidade deveria ser inaceitável, visto que o desenvolvimento deste tipo de câncer se dá de maneira lenta e gradual, sendo de fácil rastreamento/detecção. Além do mais, ele apresenta um alto potencial de cura, se for detectado precocemente, sendo, portanto, um tipo de câncer que conta com medidas preventivas simples através da identificação precoce das lesões precursoras no colo do útero por meio do exame de Papanicolau que deve ser realizado na rede de atenção básica à saúde.

Sobre esta realidade do câncer de colo do útero importa-nos explicar que, ela é produzida, em grande parte, pelos obstáculos encontrados no acesso à rede de atenção primária da saúde, dificultando, portanto, o rastreamento e o diagnóstico precoce da doença; pela morosidade no início do tratamento, possibilitando o avanço da doença; e, também, pela deficiência de políticas públicas direcionadas para a educação permanente em saúde.

Estudos revelam que, os países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, são os que apresentam a maior taxa de incidência e de mortalidade relacionado a este tipo de câncer, e as populações que possuem piores condições econômicas são as mais atingidas. Assim, percebe-se que o nível socioeconômico determinará a situação de saúde de determinado grupo, consoante à afirmação de Barata (2001), que diz que “O nível de riqueza determina a possibilidade de consumo ou a privação de bens materiais essenciais para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde (...) desse modo, o nível de riqueza influencia, diretamente, a situação de saúde.”

Buscando contribuir para a valorização dos diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) implicados no processo de produção de saúde foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, com objetivo de materializar no cotidiano dos serviços de saúde, os princípios do SUS. As diretrizes da PNH se expressam nos serviços de saúde através de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em conceitos importantes, como a clínica ampliada e compartilhada, a gestão participativa e co-gestão dos serviços, a ambiência valorização do trabalhador, o acolhimento e a defesa dos direitos dos usuários.

Elencamos alguns desses conceitos para realizar uma reflexão sobre as possíveis formas de materialização dessas orientações.

Ainda que a Carta Magna Brasileira de 1988 assegure a saúde enquanto direito universal e dever do Estado, ainda é possível observar uma realidade desigual e excludente no tocante ao acesso do SUS. Ou seja, a legislação brasileira foi somente mais uma etapa alcançada na construção do SUS. Na prática existe um acesso “seletivo, focalizado e excludente”, onde os limites associados estão principalmente ligados aos fatores socioeconômicos, barreiras geográficas e organização dos serviços de saúde. (ASSIS, et.al., 2012). Sobretudo identificamos um grande avanço quando comparamos com o sistema de saúde existente antes da Constituição de 1988 e avanços relacionados a ampliação da oferta de serviços na rede básica – considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde .

Por essa perspectiva, inferimos que a compreensão de acesso é multidimensional, isto é, com características social e política, necessariamente presente nas formulações e execução de políticas de saúde, acessibilidade, organização do serviço, acolhimento, necessidades e adesão da população, buscando sempre a atenção integral em todos os níveis de complexidade do sistema.

Entendemos que, o sistema de saúde descentralizado permite um maior acesso dos usuários a saúde e operacionaliza a categoria acesso. As dimensões que compõem essa categoria abarcam fatores bem distintos da mera acessibilidade organizacional aos serviços, como: a participação popular e o controle social, a equidade, a coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias, as táticas e a alocação de recursos e a autonomia. (ASSIS, et.al., 2012).

Na conjuntura atual, a Estratégia Saúde da Família (ESF), é apresentada como o primeiro nível de atenção à saúde “reestruturar a atenção prestada pelo SUS em todo o território nacional e como estratégia de implantação do SUS em localidades onde não avançou a política de saúde” (MARSIGLIA, et.al. 2005). Com base na revisão bibliográfica realizada, vimos estudos que demonstram a sua implantação da estratégia de saúde da família tem contribuído para a diminuição das iniquidades em

saúde e ampliação do acesso, o que implicará diretamente nas estatísticas relacionadas ao câncer do colo do útero.

No entanto, mais uma vez, observam-se alguns limites do acesso aos serviços básicos de saúde: a baixa capacidade de interação entre as equipes da atenção básica (Postos de saúde, Policlínicas e as ESF); a desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade do sistema; e a pouca intersectorialidade com outros setores da sociedade e do governo.

A clínica ampliada é uma diretriz que a Política Nacional de Humanização propõe para melhorar a atenção em saúde nos diferentes níveis. Esse conceito da humanização trabalha com a redução de danos gerados pelas práticas de saúde, e, orienta atendimentos de equipes de diferentes especialidades compartilhando a responsabilidade com os usuários e seu entorno. Outra importante diretriz é o Acolhimento, que é uma postura ética que implica na escuta qualificada do usuário em suas queixas, o reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. As diretrizes supracitadas ainda se relacionam com uma última que diz respeito à garantia de direitos dos usuários, todavia, a operacionalização dessas diretrizes devem estar relacionadas mas esbarram com alguns desafios que dificultam o atendimento adequado aos usuários, como a constante precarização do SUS e a desvalorização dos trabalhadores de saúde.

Metodologia:

Como fonte para compreensão da temática deste estudo, obtivemos como orientação e base o referencial teórico do materialismo histórico-dialético, por entender que: A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos enquanto considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. (GIL, 2008, p.14). Portanto, este trabalho foi construído por meio de pesquisa teórica a respeito do tema em banco de dados da *web*, tais como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BDTD/IBICT (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), realizando o debate por meio da bibliografia produzida entre os anos de 2001 e 2016.

Conclusão:

A partir da análise realizada nas bibliografias que compuseram este estudo pode-se constatar a necessidade de se investir mais amplamente no debate acerca das desigualdades em saúde com enfoque para o campo oncológico. Verificou-se também, a parca produção sobre a temática do câncer de colo do útero no Brasil de forma a comparar à esfera mundial e/ou regional dos países em desenvolvimento. Além disso, foi constatado que em todas as produções pesquisadas a leitura sobre o câncer de colo do útero relacionou-se com a esfera das desigualdades sociais, sendo um dado importante para a nossa análise.

Viu-se, então, que apesar dos diversos entraves encontrados na efetivação do acesso à atenção oncológica no Brasil, o câncer ainda encontra referência na saúde pública no âmbito do SUS. Este pode ser considerado uma importante estratégia no debate das desigualdades e iniquidades em saúde considerando seus princípios e diretrizes que vão de encontro ao acesso universal e igualitário em defesa da saúde pública e em detrimento do modelo de saúde com vistas à valorização da iniciativa privada. E é devido aos direitos, como o da saúde pública, que foi conquistada historicamente através de lutas de diversos setores da sociedade civil brasileira, que os desiguais conquistam a igualdade. Assim, o papel na superação das desigualdades e iniquidades em saúde, está necessariamente relacionado à luta de toda a população, mas especialmente aos grupos que têm seus direitos negados constantemente.

Referências:

- ANTUNES, J. L. F.; BIAZEVIC, M. G. H.; CROZATO, E. M.; MÜLLER, E. V. (2011). *Tendência e diferenciais socioeconômicos da mortalidade por câncer de colo de útero no Estado do Paraná (Brasil), 1980-2000*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 16 (5): 2495-2500.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W.L. A. de. (2012). *Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise*. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11): 2865-2875.
- BARATA, R. B. (2001). *Iniquidade e Saúde: a determinação social do processo saúde-doença*. REVISTA USP, São Paulo, n.51, p.138-145, setembro/novembro.
- BATISTA, F.L.R.; DUAVY, M.L.; JORGE, M.S.B.; SANTOS, J.B.F. (2007) *A percepção da mulher sobre o exame preventivo cérvico-uterino: estudo de caso*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12 (13):733-742.

BRASIL. (2004). *HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. (2014).Ministério da Saúde. *Incidência de câncer no Brasil: estimativa/2015*. Brasília:Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: [HTTP//www.inca.gov.br/estimativa2015](http://www.inca.gov.br/estimativa2015) [acesso em 14/05/16].

CAMPOS, R. T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C. A.P. da.; CAMPOS, G. W. de S. TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. (2014).*Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários*. Saúde Debate. Rio de Janeiro. V.38 nº especial. P. 252-264. Outubro.

CFESS. (2009).*Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília: CFESS. 42p. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social- CFESS).

GIL, A. C. (2008).*Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6 ed. São Paulo: Atlas. Disponível em: http://www.moodle.ufba.br/file.php/12618/Livro_Antonio_Carlos_Gil.pdf. Acesso em: 14/05/16.

GUERRA, M.R.; SILVA, G.A. e; NOGUEIRA, M. C.; LEITE, I.C.G.; OLIVEIRA, R. de V. C de; CINTRA, J.R.D.; TEIXEIRA, M.T.B. (2015).*Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde* . Cadernos de Saúde Pública, RJ, 31(8): 1673-1684, ago.

INCA. (2015). Estimativa 2016:incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA.

MARSIGLIA, R.M.G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. (2005). *Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil*. Saúde Sociedade. 14(2):p. 69-76.