

# O DESAFIO DE SE IMPLANTAR A ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO SUS

## The challenge of implementing comprehensive cancer care within the Brazilian Public Health System

A rigor, o Brasil jamais havia contado com um sistema de saúde estruturado, sendo o SUS a primeira real tentativa de montá-lo. Com a proclamação da República, o conhecimento disponível, o acesso a ele e a necessidade premente do país pelo controle de doenças infecto-contagiosas, importadas e exportadas pelos portos, fez com que o sanitarismo se estabelecesse como modelo, com características que o mantiveram dominante até os anos 70 (quando se iniciou a institucionalização e o aumento da cobertura assistencial): campanhas sanitárias, intervenção repressiva (transferência de responsabilidade para o cidadão) e centralização que levava a decisões tecnocráticas. Instalou-se um corporativismo que, a custosos esforços, vem sendo superado com a implantação progressiva do SUS.

Já no Estado Novo, em que os direitos trabalhistas ordenaram as políticas públicas, observou-se a consolidação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), nitidamente dirigidos para a cobertura da assistência ao trabalhador, casando-se a organização e o poder de pressão dos sindicatos com essa prática liberal utilitarista. Pelo então contingente de população rural (que beirava os 80%) e pela necessidade da cobertura aos excluídos do processo formal de trabalho, surgiram as Santas Casas e as Ordens Beneficentes, tendo o Governo uma atuação restrita a poucos hospitais, hospícios e asilos (inclusive sanatórios e leprosários).

Assim, a primeira tentativa de organização de um sistema de saúde, com base em um padrão nacional, pecou por incorporar características que ou denotavam o caráter corporativo, centralizador e segregador do então Governo e Patronato, ou ignoravam os diferentes níveis de desenvolvimento regional

que o Brasil vinha experimentando – situação que, também, até hoje o país ainda não superou.

No chamado Período Desenvolvimentista, de 1946 a 1964, fortaleceu-se o modelo pré-existente, com os órgãos públicos de saúde assumindo o atendimento à população marginal e o sistema de Pronto Socorro, e verificou-se uma rápida expansão da Medicina Previdenciária com a compra, pelo Governo, de serviços médico-hospitalares de prestadores privados. Nesse período, porém, inaugurou-se o pensamento do papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, sob gestão municipal.

Mas esse pensamento foi abruptamente abortado pelo Golpe Militar, em 1964, e até 1976 o sistema de saúde brasileiro teve as seguintes características administrativas e operacionais: centralização geral (saúde, transportes, habitação e saneamento); arbítrio na alocação de recursos; legislação de exceção; cuidados individuais como modelo de saúde; crescimento abrupto do número de médicos e dentistas; e financiamento público de um grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados.

Nos anos finais da Ditadura Militar, especialmente por conta da demanda de setores organizados e das sucessivas crises econômicas (e conseqüente queda da arrecadação previdenciária), inúmeras tentativas de “acomodação” do modelo de assistência à saúde foram feitas. Verificaram-se incorporações positivas, como as Ações Integrais de Saúde, inclusive estimuladas, no Brasil, como atendimento às políticas de “Atenção Primária à Saúde” e “Saúde para Todos no Ano 2000”, orientadas pela Organização Mundial da Saúde. Com elas, cresceram, na Primeira Fase da Nova

República, os conceitos que se desenhavam para o atual sistema de saúde brasileiro: Universalidade (para a garantia de justiça social), Integralidade (para incorporar ao sistema ações coletivas, preventivas; e não somente individuais, terapêuticas), Unificação (para hierarquizar os níveis de complexidade do sistema e o fluxo de indivíduos sãos e doentes, dentro dele) e Descentralização (para a administração descentralizada desse mesmo sistema hierarquizado). Apesar da resistência de grupos organizados dentro e fora do Governo e do momento político de redefinição do Estado Nacional, o número de municípios brasileiros com Ações Integrais de Saúde saltou de 644, em 1985, para 2.500, em 1986.

Nessa época, com um modelo desenhado e conceitualmente estabelecido, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), verificava-se uma variabilidade de "sistemas" estaduais e municipais de saúde, tornando-se uma necessidade inadiável a existência de um sistema único. Para tanto, era necessário que se promovesse a formalização jurídica do SUDS e as reformas administrativa, sanitária, assistencial e financeira para a implantação do que seria, historicamente, o primeiro sistema de saúde estruturado, no Brasil.

Apesar de todo o conservadorismo, clientelismo e resistência à descentralização que caracterizaram a Segunda Fase da Nova República, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) tiveram força política para sustentar a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, em 1990, pela qual se deu a criação do SUS.

Como a Constituição de 1988 não havia alterado o bojo das receitas públicas, embora tenha reorientado a alocação, nos municípios, dos recursos arrecadados, o axioma de ser a despesa que condiciona a receita continuou valendo no sistema de saúde.

A asfixia de recursos financeiros e administrativos, causada, entre outros, pelo declínio progressivo do financiamento público, pela saída, em 1993, do Ministério da Previdência e Assistência Social como fonte financiadora da saúde, pela ruptura do processo da Reforma Sanitária, pela falta de repercussão prática da regulamentação da Lei

Orgânica da Saúde e pela quase exclusão dos governos estaduais na gestão do sistema, o SUS nasceu mantendo as características práticas da situação anterior: um sistema de prestação de serviços (a maior parte deles prestada pelo setor privado) financiado pelo setor público e destinado às parcelas majoritárias da população brasileira, de pouco peso político.

Porém, cedo verificou-se que estava cabendo à Medicina Privada a cobertura (na sua grande maioria, por meio dos mesmos prestadores de serviços ao SUS) da população economicamente ativa, sendo a assistência médico-hospitalar principalmente destinada às intercorrências agudas dos indivíduos adultos jovens e de meia-idade. Ou seja, em termos práticos, mantinha-se o *status quo* vigente desde o Estado Novo.

As dificuldades de um sistema, que foi concebido de uma forma e ainda não se encontra integralmente implantado como foi concebido, encontraram o seu ponto mais crucial com as contradições do modelo econômico. Às fragilidades estruturais do SUS (que nada mais são do que mais uma expressão das características estruturais da sociedade brasileira) somou-se a concepção e prática da saúde como um bem de mercado e não um bem público. Com tudo o que cursa paralelamente a isso (como os conceitos e recomendações, quando não exigências, emitidos pela Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional), vivemos todos (os que utilizam, ou não, do SUS) a evidência do esgotamento de um paradigma técnico-científico que, se é racionalista e liberal, também se impõe limites.

Inúmeras contradições se somam, demandando do modelo técnico-científico o desafio de mudar o paradigma de se buscar a exclusão da doença e de se crer com a inesgotável capacidade científica e técnica de sempre superá-la. Dissociações entre o conhecimento (ciência), modelo (doença) e prática (doente) requerem novas formas de resolver os impasses entre gestão em saúde e incorporação tecnológica, bem como entre um sistema de saúde montado para a assistência individual, quando foi concebido também para a proteção à saúde coletiva.

Dilemas morais e recursos finitos passaram a ser temas do dia-a-dia na administração em saúde, para o que uma notícia como a recente aprovação da PEC pode representar, além de um alento, uma oportunidade rara de se trazer para a sociedade a discussão sobre o alcance, ou os limites, que se há de definir, no âmbito da saúde pública, no Brasil.

Continuamos, porém, a repetir erros que países desenvolvidos cometeram, desperdiçando a oportunidade que o nosso atraso, em relação a eles, nos dá de enxergá-los com clareza. Veja-se o caso da detecção precoce do câncer de próstata e, segundo relato recente, também de mama, que não altera a mortalidade por essas doenças (e, pelo contrário, até a pode aumentar, pelo incremento de procedimentos médico-terapêuticos que resultam desnecessários e iatrogênicos).

O sistema de saúde brasileiro é formado por três setores: o SUS, que representa 75% de todo o sistema, fortemente presente nos níveis primário e secundário e nas áreas de alto custo do nível terciário; outro que inclui os serviços de saúde dos ministérios militares, que possuem clientela, orçamento e regulamentação próprias; e um terceiro que atua no nível secundário e, essencialmente, no nível terciário do sistema e que se constitui da assistência médica privada (médicos particulares, planos, seguros, convênios e cooperativas) e estatal (Banco do Brasil, Petrobrás, hospitais previdenciários, etc.).

O SUS comporta não somente os serviços públicos (os postos, centros, hospitais e institutos públicos - municipais, estaduais e federais) e os hospitais universitários (a grande maioria deles de dependência administrativa pública), mas, principalmente, serviços privados, que se somam cada vez mais, à medida que se sucedem os níveis do sistema e que totalizam 75% do SUS.

A distribuição da participação pública e privada no SUS assim se dá, respectivamente, em percentuais aproximados: No nível primário, 95% *versus* 5%; no nível secundário, 55% *versus* 45%; e, no nível terciário, 25% *versus* 75%.

Ao setor público do SUS, especialmente os institutos e hospitais universitários, e a alguns serviços privados sem fins lucrativos (ou seja, os inteiramente filantrópicos) cabe

a maior responsabilidade pela formação, treinamento e atualização dos recursos humanos que atuam em todo o sistema de saúde brasileiro, e também pela pesquisa técnico-científica feita no Brasil, o que requer mais financiamentos e gera mais custos.

Com um conflito interno de interesses tão evidente entre as diversas atividades e finalidades dos diferentes níveis, uma grande perda que resulta dessa desarticulação diz respeito à informação. Em termos oncológicos, o Brasil trabalha com informações sobre menos da metade dos casos diagnosticados e tratados.

Outra grave consequência da desintegração entre os diversos níveis do sistema relaciona-se com a "idade" com que os tumores malignos são tratados, em nosso país: mais da metade dos casos o são em estágio avançado, o que significa praticamente incurável, mesmo que de tratamento muito mais custoso.

Eis porque o Brasil jamais havia tido um sistema de saúde estruturado: o nível primário, composto pelas unidades básicas de saúde (como o são os Postos e Centros de Saúde), oferece serviços externos, ambulatoriais, nas áreas da promoção da saúde (por exemplo, puericultura, vacinação, cuidados de pré-natal e fluoretação dentária) e prevenção e detecção de doenças (por exemplo, a hipertensão, o câncer e a diabete melito), funcionando essencialmente com base em quatro áreas fundamentais da atividade médica: Pediatria, Ginecologia, Clínica Médica e Medicina Social.

No nível secundário, concentram-se as maternidades, os pronto-socorros, os hospitais distritais e o que no Brasil se conhece como *policlinicas, clínicas, casas de saúde* ou *centros médicos*, em que se contempla um atendimento ambulatorial e de internação, clínico e cirúrgico, restrito, ou não, a uma especialidade (por exemplo, uma clínica de doenças respiratórias ou um centro de urgências pediátricas).

No nível terciário, classificam-se os hospitais gerais (por exemplo, um hospital estadual), os hospitais de clínicas (por exemplo, os hospitais universitários) e os hospitais especializados no tratamento ou estudo de alguma doença (que se podem denominar centros, hospitais ou institutos). Pela diversidade dos componentes do nível

terciário, tem-se utilizado a denominação terciário-quaternário para os serviços mais complexos desse nível, como é o caso das unidades hospitalares do Instituto Nacional de Câncer.

Os serviços que compõem um sistema de saúde devem ter o seu número determinado pela população que cobrem, ser adequadamente distribuídos pela área geográfica onde vive esta população e manter entre si uma relação que garanta um fluxo ágil de encaminhamentos e atendimentos, de modo a serem mais eficazes (ou seja, cumprirem a sua finalidade com o menor custo possível) e eficientes (ou seja, cumprirem a sua finalidade com a máxima qualidade possível), evitando-se duplicação e retardo na aplicação da ação preventiva, terapêutica ou reabilitadora a que se destinam.

Essa organização e fluxo são de fundamental importância para a adequada assistência oncológica. Para o controle do câncer, devemos buscar a integralidade de ações, no sistema de saúde, e a integração de serviços, nos centros de tratamento, que não serão possíveis sem o respectivo concurso de todos os órgãos envolvidos.

Da prevenção (de cânceres que realmente podem ser prevenidos) e da detecção precoce (de cânceres que, quando assim diagnosticados, podem realmente ser curados ou controlados a longo prazo) cuidam programas nacionais estruturados (como o do controle do tabagismo e do câncer do colo uterino, do Ministério da Saúde, coordenados pelo seu Instituto Nacional de Câncer, em inteiro trabalho conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde).

Dos doentes, cuidam as instituições médico-hospitalares, que, no Brasil, denominam-se CACON – Centros de Alta Complexidade em Oncologia. A participação desses centros nos programas de prevenção e detecção precoce dá-se com o treinamento de recursos humanos e o atendimento dos casos de câncer detectados.

Há de se programar a incorporação dos serviços isolados de quimioterapia e de radioterapia a unidades hospitalares, para a formação de CACON, de modo a se reorganizar adequadamente a assistência oncológica, no âmbito do SUS.

Computando-se a atual disponibilidade de

centros e serviços isolados, em todo o Brasil, vimos que cerca de ¼ da população brasileira necessita de cobertura e que, pelo disponível atualmente, apenas ¼ da nossa população nacional conta com uma cobertura adequada (ou seja, de CACON com serviço de radioterapia). Quando analisada regionalmente e por estados, essa situação praticamente se repete em todos eles.

Corrigir essas distorções significa, em última instância, o desafio de se implantar uma efetiva assistência oncológica no SUS. Em termos da assistência oncológica, especificamente, o INCA propõe a expansão de CACON, com base em três premissas: 1) A cobertura de 75% da população brasileira pelo SUS; 2) a necessidade de um CACON para cada 715 mil habitantes e 3) sem que seja uma correlação com a qualidade dos serviços prestados, a cobertura BOA que um CACON com radioterapia oferece; a cobertura ACEITÁVEL que um CACON sem radioterapia oferece; e uma cobertura RUIM que serviços isolados oferecem.

Por que essas premissas? Para que se tenha a integralidade de ações, a integração de serviços e a articulação político-administrativa indispensáveis à prevenção e diagnóstico do câncer e ao tratamento integral dos doentes de câncer.

Por isso, os critérios de expansão da assistência oncológica contemplam o atendimento do maior número de indivíduos, as regiões menos cobertas, os limites financeiros e a infra-estrutura já existente, a viabilidade de contrapartidas e a implantação escalonada de complexidade de estrutura médico-hospitalar compatível com os recursos disponíveis.

Cada Centro implantado, ou implementado, representará um projeto específico, que abará instalações e recursos materiais, humanos e técnico-científicos.

Outro aspecto desafiador na implantação de programas nacionais, no âmbito do SUS, é a manutenção de uma rede de coerência – muitas vezes impossibilitada por vieses políticos ou de desigualdades regionais. Por isso, além de considerar cada novo Centro, expandido ou novo, um projeto específico, procuramos alinhar a estratégia de expansão da assistência oncológica com macro-objetivos do Plano Plurianual, com diretrizes

de políticas nacionais de saúde, que, por sua vez, já haviam sido os orientadores do Plano Estratégico do INCA.

Mas, além do desafio da organização sistêmica, temos muitas dualidades, que compete às ciências, biomédicas, exatas e humanas resolver: câncer - cura *versus* convivência; diagnóstico - disponibilidade *versus* eficácia; quimioterápicos - eficácia *versus* custos; genética - risco *versus* prevenção; radioterapia - controle local *versus* cirurgia; novos métodos - vacinas *versus* hábitos de vida; novas tecnologias - equipes profissionais *versus* interesses mercadológicos.

Na variedade de temas e de foros de discussão deles, as conseqüências já se antevêm: mudança de paradigmas, novos parâmetros para a avaliação de resultados, bases bioéticas de decisões (especialmente pela contraposição de direitos individuais, direitos coletivos e finitude de recursos), mecanismos de proteção ambiental e relações internacionais (de comércio, de incorporação tecnológica e de pesquisa em todos os níveis).

Porém, podemos resumir em dois grandes blocos os nossos desafios: o de novos conceitos (essenciais para a definição do que precisaremos incorporar, ou desenvolver, em termos técnico-científicos) e o da superação da contradição maior que (ainda) existe no nosso sistema de saúde (e não somente no SUS) - a ênfase maior na doença, e não na saúde; a saúde como um bem de produção e para a produção, e não um bem público; o direito constitucional absoluto, que se anula na contradição de uma sociedade que mergulha em desigualdades econômicas e sociais.

Superar esses desafios e contradições é uma questão de tudo: de ciência, de inteligência e, também, da sobrevivência do Brasil como Nação.

## Referências Bibliográficas

01. BODSTEIN, R.C.A. (coord.) História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro. PEC/ENSP, 1987. 209p.
02. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.
03. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Orgânica da Saúde. 2ª ed. Brasília. Ministério da Saúde, 1991. 35p.
04. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Problema do Câncer no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro. Pro-Onco/INCA, 1997. 59p.
05. GOTZSCHE, P; OLSEN, O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? The Lancet, 2000: 355:129-134.
06. NORONHA, JC; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. Rio de Janeiro: Coppead/UFRJ (mimeo).
07. U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Guide to Clinical Preventive Services(2<sup>th</sup> ed.). Virginia: International Medical Publishing, 1996. (2<sup>nd</sup> ed.)
08. WORLD HEALTH ORGANIZATION. National Cancer Control Programmes. Geneva: WHO, 1995. 134p.

### Jacob Kligerman

*Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer  
General-Director of the Brazilian National  
Cancer Institute  
e-mail: kligerman@inca.org.br*