

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA – UNIARA
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE

**De Colorado do Oeste/Ro a Barretos/SP: A Construção de uma Rede
Social Alternativa para Tratamento do Câncer**

SALETE BORINO

ARARAQUARA – SP

2013

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA – UNIARA
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE

**De Colorado do Oeste/RO a Barretos/SP: A Construção de uma Rede
Social Alternativa para Tratamento do Câncer**

AUTORA: SALETE BORINO

ORIENTADOR: PROF. Dr. ORIO WALDO QUEDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, curso de Mestrado do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade.

Salette Borino
Orientador: Professor. Dr. Oriowaldo Queda

ARARAQUARA – SP

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

B739c Borino, Salete

De Colorado do Oeste/RO a Barretos/SP: a construção de uma rede social alternativa para tratamento do câncer/ Salete Borino.- Araraquara: Centro Universitário de Araraquara, 2012.

85 f.

Dissertação (Mestrado)- Centro Universitário de Araraquara
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente

Área de Concentração: Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade

Orientador: Prof. Dr. Oriowaldo Queda

1. Políticas públicas. 2. Desenvolvimento. I. Título.

CDU 504.03

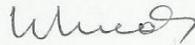
FOLHA DE APROVAÇÃO

NOME DO ALUNO: Salete Borino

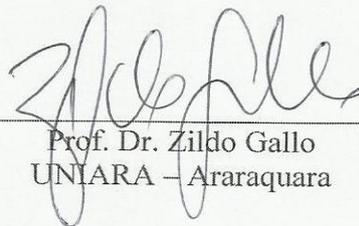
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, curso de Mestrado, do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade.

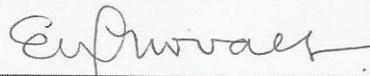
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Oriowaldo Queda
UNIARA - Araraquara



Prof. Dr. Zildo Gallo
UNIARA - Araraquara



Profa. Dra. Elizabete David Novaes
COC - Ribeirão Preto

Araraquara – SP, 22 de fevereiro de 2013.

*Dedico a minha família que sempre acredita em mim
e me apoia em tudo; que me sustenta e me faz sentir
que o amor está acima de qualquer coisa ou
circunstância.*

Tecendo a Manhã

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entreendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

João Cabral de Melo Neto

RESUMO

O conhecimento de um arranjo social que se criou a fim de auxiliar os portadores de neoplasias malignas do município de Colorado do Oeste nos instigou a tentar compreender como esse arranjo se deu, a pesquisar as razões pelas quais se criou esse arranjo social e de que maneira se criou essa rede voluntária. Induziu-nos também a entender a especial ligação dos moradores de Colorado do Oeste com o HC de Barretos que motiva e leva esse expressivo número de pessoas a buscar a Fundação Pio XII para tratamento do câncer, visto que se poderia procurar tratamento na própria capital do Estado de Rondônia ou noutras capitais e cidades mais próximas. Dessa forma, esse trabalho analisa a estruturação de um arranjo social de pessoas que têm relação de parentesco ou de vizinhança com pessoas acometidas de câncer e procuram auxílio fora de sua região domiciliar, uma vez que o Estado parece estar se eximindo da responsabilidade de atender satisfatoriamente seus pacientes de câncer. Analisa ainda a estrutura de acolhimento e permanência dos portadores de câncer na cidade de Barretos. Sob o aspecto metodológico, trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A busca de dados se deu por meio de entrevistas abertas, sem roteiro pré-estabelecido, e as perguntas nasceram no interior da conversa, pois um fato levava a outros questionamentos não previstos. Autores como TOMAÉL (2006), MARTELETO (2001) e SABOURIN (2006), entre outros, balizaram e deram embasamento teórico para a pesquisa na busca pela compreensão da formação de redes.

Palavras-chave: arranjo social, câncer, HC de Barretos.

ABSTRACT

A social arrangement has been created to assist patients with cancer in the city of Colorado do Oeste /RO. The present research try to understand how this arrangement was constructed, and also the possible reasons for creating this social arrangement. This social arrangement also developed special bonds between the residents of Colorado do Oeste and the personnel of HC Barretos, in a sense that a large amount of people was looking for the services provided by the Pio XII Foundation for cancer treatment, and why they are not looking for treatment in the capital of the State of Rondônia or other capital and nearby towns. Thus, this research analyzes the structure of a social arrangement of people who had kinship or neighborhoods with people affected by cancer and had to find help outside their home region, since the State seems to act not satisfactorily with its cancer patients. It also analyzes the structure of sheltering and residence of cancer patients in the city of Barretos. Under the methodological aspect, it is an exploratory qualitative approach. Open interviews with selected informants in Colorado do Oeste-RO and in Barretos – SP were conducted in order to get information considered indispensable to start the research. Questions were born in the conversation allowing that one fact led to other questions not provided. Authors like TOMAÉL (2006), MARTELETO (2001) and SABOURIN (2006), among others, supported the theoretical approach of the research mainly in the quest for understanding the formation of networks.

Key words: social arrangement, cancer, HC de Barretos.

LISTA DE QUADROS

QUADRO	IDENTIFICAÇÃO	PÁGINA
Quadro 1	Relação de óbitos no município de Colorado do Oeste/RO no período de 2006 a 2011.	41
Quadro 2	Síntese de dados da relação de óbitos.	43
Quadro 3	Rede de contatos	67

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	IDENTIFICAÇÃO	PÁGINA
Figura 1	Localização do município de Colorado do Oeste e do Estado de Rondônia.	13
Figura 2	Mapa Político Administrativo do estado de Rondônia	15
Figura 3	Localização e distanciamento das cidades polo.	48
Figura 4	Unidade Móvel de Prevenção do HC de Barretos.	55
Figura 5	Doações diversas de campanhas de arrecadação para o HC de Barretos.	59
Figura 6	Leilão Direito de Viver em Colorado do Oeste em 15/12/2011	70
Figura 7	Instalações do Hospital São Daniel Comboni em Cacoal	75
Figura 8	Mapa indicativo da centralidade de Cacoal no estado de Rondônia	77
Figura 9	Inauguração da extensão do Hospital de Câncer de Barretos em Porto Velho/Rondônia	78
Figura 10	Extensão do Hospital de Câncer de Barretos em Porto Velho/Rondônia	79
Figura 11	Fala do Diretor Geral do HC de Barretos na inauguração do HCB/PV	79

LISTA DE SIGLAS

ASSDACO	Associação Assistencial à Saúde São Daniel Comboni
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAS	Contrato Organizativo de Ações e Saúde
DEOSAD	Diretoria Executiva de Organização do Sistema e Apoio à Descentralização
HBPV	Hospital de Base de Porto Velho
HC	Hospital de Câncer
HCB/RO	Hospital de Câncer de Barretos – Unidade de Porto Velho
HSDC	Hospital São Daniel Comboni
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação Hospitalar
ONG	Organização Não Governamental

ONU	Organização das Nações Unidas
PDI	Planos Diretores de Investimento
PDR	Planos Diretores de Regionalização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PPA	Plano de Pronto Ação
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TS	Terceiro Setor
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. PROBLEMAS DE PESQUISA	19
3. OBJETIVO GERAL	20
3.1 Objetivos Específicos	20
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
4.1. O Acesso à Saúde	21
4.1.1 O Tratamento Fora de Domicílio – TDF	26
4.2. O Sistema Único de Saúde	26
4.2.1 Os Cinco Princípios Norteadores do SUS	27
4.2.2 O HumanizaSUS	31
4.2.3 A Atenção Oncológica no Brasil	32
4.3. Das Redes Sociais	34
4.3.1 Redes Alternativas	37
5. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	41
6. RESULTADOS	49
6.1 Condições de Saúde em Rondônia	49
6.2 O Hospital de Câncer de Barretos	53
6.3 A Regionalização/Descentralização em Rondônia	60
6.4 O TFD Em Rondônia	61
6.5 A Preferência pelo HC de Barretos	64
6.6 A Formação da Rede Social em Colorado Do Oeste	66
6.7 As Casas de Apoio	72
6.8 Conquistas	74
7. CONCLUSÕES	82
8. REFERÊNCIAS	90

1. INTRODUÇÃO

O Estado de Rondônia é uma das mais recentes unidades federativas do Brasil. Foi criado, a princípio, como Território Federal do Guaporé em 1943. Passou a ser chamado de Território Federal de Rondônia em 1956, em homenagem a um dos mais importantes sertanistas que adentraram a Região Centro-Oeste e Norte do país, Cândido Mariano da Silva Rondon, também conhecido como Marechal Rondon. Sua transformação de Território a Estado se deu mais tarde, apenas em 1982.

Figura 1: Localização do mun. de Colorado do Oeste e do Estado de RO.



Fonte: Google Maps - Adaptação: Salete Borino

Situado na região norte, apresenta uma economia ainda em processo de desenvolvimento. Seu PIB é composto pela Agropecuária, que contribui com 20,4% por meio do cultivo de grãos e da produção de carne bovina – principal produto de exportação de Rondônia (60%); pela indústria, com 14,6%, que é bastante diversificada, cujos principais segmentos são o alimentício, o frigorífero, além da mineração, que é proporcionada em razão das grandes reservas de cassiterita; e pelos serviços, com 65%, que tem o comércio como principal atividade (www.brasilecola.com.br).

Com mais de 1,5 milhão de habitantes, Rondônia tem sua infraestrutura ainda frágil: apenas 6,32% dos 22.433 km de suas rodovias são pavimentados, fato que prejudica o deslocamento de produtos e dificulta o acesso dos cidadãos a alguns serviços, especialmente os de saúde. O saneamento básico também é bastante precário: a rede de esgoto não consegue atingir 50% dos domicílios do estado (IBGE, 2005). As condições de saúde da população são reflexos dessas condições insalubres. O estado é considerado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) uma região endêmica de malária, leishmaniose e febre amarela. Essa situação se agrava ainda mais, visto que, “de acordo com dados do Conselho Federal de Medicina, a região conta com 7,1 médicos para cada grupo de 10 mil habitantes, metade do que é considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS)” (portalbrasil.net).

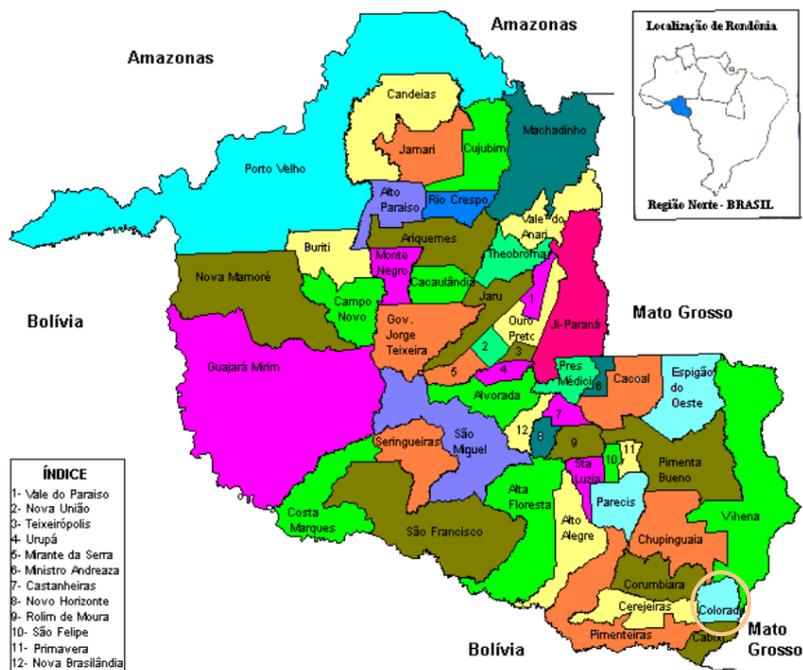
A precariedade da saúde no estado de Rondônia vem de longe, desde a ocupação de seu território. Muitos desbravadores em busca do Eldorado foram vítimas das doenças das florestas. O quadro atual mostra que o estado apresenta uma situação bem peculiar, uma vez que, além das doenças da modernidade, agrega as doenças infecto-parasitárias com as quais ainda convive. É o que afirma Carlos Alberto de Matos (2007):

As moléstias do início da ocupação branca, como a malária, continuam a coexistir com o quadro nosológico atual, formando, assim, o pior dos mundos. O *modus vivendi* e, conseqüentemente os *modus* de prevenir, adoecer, tratar e morrer do mundo moderno e metropolitano convive com as doenças infecto-parasitárias do início do século passado.

A atenção à saúde em Rondônia, portanto, tem que dar conta de males cuja endemia lhe é peculiar, além daqueles causados pelos hábitos modernos de vida. Tal situação se agrava ao se deparar com a precariedade de recursos tecnológicos e humanos da saúde no estado. São várias as doenças de alta complexidade para as quais não se encontra tratamento adequado na região. Ademais, os serviços de prevenção inexistem, e o diagnóstico de certas doenças somente se dá em estágio bastante avançado da moléstia, causando a perda de muitas vidas e dando a sensação de que uma determinada doença ocorre em maior quantidade na região.

É assim que se dá o início desse trabalho: a partir da ideia de que a incidência de câncer na cidade de Colorado do Oeste/Rondônia seria maior que a média das ocorrências nas demais cidades do Estado e também do país.

Figura 2: Mapa Político Administrativo do estado de Rondônia



Fonte: IBGE, 2002 – Adaptação: Saete Borino

Chegou-se a esse assunto não por meio de revisão bibliográfica, mas a partir de reflexões acerca da problemática das políticas públicas de saúde do Estado de Rondônia, minha região de trabalho. Inicialmente, voltamo-nos à questão da incidência de neoplasias na população de Colorado do Oeste, o que, a princípio, parecia ser algo recorrente e, por esse motivo, objeto de investigação.

Na pesquisa sobre o tema, localizou-se um resumo de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) publicado na rede mundial de computadores intitulado “O Câncer em Rondônia, no Brasil e no Mundo”, de LUCAS Jr, (2005), em que o autor afirma ser “deficitário o controle e a prevenção do câncer em Rondônia” e ainda que “a taxa de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero e demais tumores é crescente”.

O resumo do trabalho parecia confirmar a ideia de que os casos de câncer na região eram excepcionais e apontava, inclusive, para a ineficiência da política pública adotada no Estado para controle, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos desse tipo de doença.

Porém, o que está disponível na rede é apenas o resumo do trabalho de LUCAS Jr (2005), sendo também o resumo o único material encontrado sobre o tema que trata da suspeita de evidência excessiva de câncer no Estado.

Com o decorrer dos trabalhos descobriu-se que a suspeita sobre a incidência maior de câncer no município era inverídica, que era apenas efeito de um contexto que ocorre com toda cidade interiorana de pequeno porte, em que as informações circulam rápida e abrangentemente, levando a crer num efeito excessivo e maior que o real. Por isso havia na população coloradense a suspeita de que a incidência de câncer em Colorado do Oeste era maior.

Se, por um lado, documentos e pesquisas que comprovassem a suspeita, embora insistentemente buscados, foram escassamente encontrados e se mostraram insuficientes para confirmá-la, por outro lado, as investigações acerca disso nos levaram a tomar conhecimento de um arranjo social que se criou a fim de auxiliar os portadores de neoplasias malignas do município. Arranjo social este bastante relevante, visto que realiza ações sociais, cujos recursos financeiros arrecadados são enviados ao Hospital de Câncer de Barretos/SP¹ (HC de Barretos), unidade hospitalar oncológica que, segundo declaração de Henrique Duarte Prata, diretor do Hospital, em entrevista ao Rondoniainfoco e publicada no site rondoniavip, recebe mais de 90% dos pacientes de câncer de Colorado do Oeste, bem como do Estado de Rondônia.

A realização de ações sociais tem sido um acontecimento bastante comum e muitas são as contribuições das organizações e dos associativismos locais pertencentes ao Terceiro Setor (TS) que buscam, por meio de ações de voluntariado, minimizar as desigualdades dos cidadãos e proporcionar o desenvolvimento da sustentabilidade social no Brasil e no mundo.

Essas ações têm tido grande relevância na garantia dos direitos de cidadania e contra a exclusão dos bens e serviços a que estão sujeitos os cidadãos diante da inobservância dos seus direitos sociais por parte do poder público.

A população do município de Colorado do Oeste, ciente de seu papel como agente das transformações sociais que lhe conferem direitos e lhe proporcionam um maior alcance da cidadania, não ficou passiva frente à necessidade social local e mobilizou-se na busca pela garantia dos serviços de atendimento às necessidades dos

¹ O Hospital de Câncer de Barretos é um hospital beneficente e oferece atendimento exclusivamente pelo SUS e tem como entidade mantenedora a Fundação Pio XII.

portadores de neoplasias malignas do município. Nesse sentido, organiza, desde 2003 uma festa anual para auxílio ao HC de Barretos. Segundo Edilson da Costa Brito², Coordenador Regional³ do HC de Barretos em Colorado do Oeste, essa iniciativa se deu quando da dificuldade de um amigo que sofria com a doença e precisava se deslocar para fora do Estado para tratamento. A partir de então, a sociedade coloradense, sensibilizada com a necessidade dos seus, e, em face da aparente fragilidade da saúde pública do Estado de Rondônia, resolveu se organizar na tentativa de amenizar os problemas dos pacientes de câncer da cidade.

O envolvimento da sociedade na busca da garantia de seus direitos fortalece a cidadania da população e demonstra que ela tem noção de que é detentora tanto de direitos quanto de deveres, sendo, portanto, corresponsável pela concretização de ações sociais transformadoras que lhe proporcionem qualidade de vida. Atitudes assim colaboram para reforçar o conceito atual de desenvolvimento social sustentável, que “ressalta a importância da participação social e das potencialidades e qualidades das pessoas na construção de um futuro mais justo.” É o que afirma Foladori (2002, p. 112), que sustenta também: “A participação é um indicador de liberdades democráticas, de equidade nas decisões, e também um elemento decisivo na potenciação dos esforços produtivos.”

Com base nas informações sobre o envolvimento da sociedade coloradense em ações sociais em benefício dos portadores de câncer do município e do HC de Barretos na tentativa de minimizar um problema social local e, atendendo à temática da área de concentração Dinâmica Regional e Alternativas de Sustentabilidade do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Uniara, mudamos nosso foco de pesquisa. Assim, nos sentimos instigados a pesquisar sobre a formação de redes atuais de voluntariado e a tentar compreender como é que esse arranjo se deu em Colorado do Oeste, por que razões e de que maneira se criou essa rede. Induziram-nos também a entender a especial ligação do morador de Colorado do Oeste com o HC de Barretos que motiva e leva a tão expressiva procura pelo hospital para tratamento do

² A relação de pessoas entrevistadas, sua ocupação / condição encontra-se no anexo 1. A divulgação dos nomes tem a ciência e anuência dos entrevistados.

³ O Coordenador Regional de Barretos em Colorado do Oeste é uma figura que representa o HC de Barretos na organização do evento anual de captação de recursos em benefício do hospital.

câncer, visto que se poderia procurar tratamento na própria capital do Estado de Rondônia ou noutras capitais e cidades mais próximas.

Várias razões podem justificar a busca pelo Hospital de Câncer de Barretos. Entre elas se destaca a possível insuficiência da infraestrutura do sistema de saúde pública para promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de doenças de alta complexidade, a exemplo do câncer, no Estado de Rondônia. A excelência oferecida pelo HC de Barretos é outro aspecto a ser considerado na preferência dos habitantes de Colorado do Oeste pelo hospital para tratamento. Além disso, há uma ligação bastante estreita do município com o hospital, pois aquele, que tem seus cidadãos atendidos pelo hospital, auxilia a Fundação Pio XII, mantenedora do HC de Barretos, com recursos financeiros obtidos por meio de festas beneficentes; e, este, por sua vez, oferece à população tratamento de primeira qualidade no hospital e exames de prevenção do câncer por meio de uma caravana do caminhão do hospital que visita periodicamente a cidade. Durante vários anos o HC de Barretos tem enviado a Rondônia uma equipe para realizar exames de prevenção do câncer de próstata, do colo do útero e de pele.

Essa migração dos pacientes de câncer de Rondônia para Barretos revela aspectos sociais e políticos, cujas análises trazem reflexões acerca da arquitetura das relações que as pessoas constroem para poder dar conta de um problema que seria de responsabilidade do Estado, mas que este sugere omissão. Denuncia também o uso que certos segmentos sociais fazem de situações de carência social tanto como forma fraternal de auxílio destituído de reconhecimento, assim como de auxílio intencional de promoção particular, religiosa ou política, especialmente em relação ao acolhimento dos doentes na cidade de Barretos por meio de Casas de Apoio.

Diante disso, esse trabalho se propôs a analisar a estruturação de um arranjo social de pessoas que tinham relação de parentesco ou de vizinhança com pessoas acometidas de câncer e tinham que ir buscar auxílio fora de sua região domiciliar, uma vez que o Estado parece estar se eximindo da responsabilidade de atender satisfatoriamente seus pacientes de câncer. O Estado prefere oferecer apenas o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) – instrumento legal que visa garantir por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis em sua localidade de origem por falta de condições técnicas –, quando o oferece. Propôs-se também a analisar a estreita ligação entre atores sociais coloradenses

e o HC de Barretos/SP e sua especial preferência para tratamento da doença pela população afetada. Além disso, analisa a estrutura de acolhimento e permanência dos portadores de câncer na cidade de Barretos.

2. PROBLEMA DE PESQUISA

Como se deu a estreita ligação entre a comunidade de Colorado do Oeste e o HC de Barretos? Como se estruturou um arranjo social na comunidade local e em que ele contribuiu no processo de construção e de transformação daquela sociedade? Uma sociedade que se pretende igualitária não deve atribuir apenas ao Estado o papel de combate à pobreza e o atendimento às necessidades sociais. As intervenções das ações sociais têm contribuído para que as mudanças sociais ocorram e tem tido papel fundamental e sido bastante efetivas. São inúmeras as organizações não governamentais, as fundações e as entidades beneficentes gerando serviços de caráter público, indo além do atendimento à necessidade básica de dar de comer, mas oferecendo serviços que proporcionam inclusão e fomentam a formação da cidadania, minimizando um pouco a falha dos programas sociais políticos de qualquer área.

Ao se deparar com uma situação adversa, os munícipes de Colorado do Oeste se uniram para a realização de ações populares em benefício da entidade que mais acolhe os doentes de câncer de Rondônia, o HC de Barretos. Foi assim que se iniciou a construção de uma rede social de uma comunidade que se mobilizou em busca de alternativas para tratamento do câncer.

Nem sempre se observa a disposição social para sanar determinados problemas que afetam a população. Não foi, porém, o que ocorreu na cidade de Colorado do Oeste quando esta se viu diante da necessidade de assegurar tratamento digno aos seus.

A participação da sociedade na concretização de ações em seu próprio benefício atende a alguns dos inúmeros anseios humanos, como, por exemplo, o de sentir-se útil diante da sociedade e o de ter objetivos de vida. Afinal, não há nada mais estimulante para um indivíduo do que buscar atingir seus propósitos pela ação de suas próprias mãos. Superar, pois, uma necessidade comunitária significa criar cidadania.

3. OBJETIVO GERAL

Nesta pesquisa buscamos analisar as relações entre a infraestrutura de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de pacientes com câncer de Colorado do Oeste/RO e a busca de tratamento da doença, por meio de ações populares e de rede social. Investigamos os fatores que determinaram ou contribuíram para a realização de ações populares em benefício de uma entidade que dista acima de dois mil quilômetros, mas que se percebe atuante em favor de uma população carente de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos do câncer.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Essa análise recai sobre três focos principais:

- I. a especial preferência do Hospital de Câncer de Barretos/SP para tratamento da doença pela população afetada;
- II. a mobilização social montada na cidade Colorado do Oeste e sua relação com o Hospital de Câncer de Barretos;
- III. e a estrutura de acolhimento e permanência dos portadores de câncer na cidade de Barretos.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

“The Constitution of WHO states that: ‘the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition’.
Human rights are central to health and social justice.”

Um cidadão saudável é aquele que goza de uma condição de bem-estar físico, psíquico e social (Organização Mundial da Saúde, 1946).

Diversos são os mecanismos legais que garantem a saúde do cidadão. Esses mecanismos são teoricamente eficientes e várias são as situações que contribuem para a promoção da saúde, a exemplo de um desenvolvimento urbano adequado e de uma

distribuição de renda mais justa, além da presença do Estado no gerenciamento das políticas públicas. Quando, porém, há falhas do poder governamental, há situações em que a sociedade se organiza em rede na busca de alternativas para amenizar os efeitos contrários às falhas apresentadas pelas políticas públicas.

A saúde no Brasil carece ainda de muita atenção. São inúmeras as doenças acometidas pela população. Nas periferias e na zona rural, por causa de questões de higiene e falta de saneamento básico, as doenças infecciosas e parasitárias ocorrem com maior frequência (LEAL *et al* 2004), enquanto nos grandes centros urbanos, são mais comuns as doenças relacionadas ao sistema cardíaco, ao diabetes e ao câncer provocadas por determinados hábitos alimentares e vida sedentária (RÔAS e REIS, 2012).

O tratamento das diversas moléstias, porém, está garantido na Constituição de 1988, Artigos de 196 a 200. O atendimento à saúde no Brasil passou, ao longo dos anos, por diversas formas de organização e por várias leis regulamentadoras. Em 1937 era a Lei nº 378 de 13 de janeiro que reorganizava o Ministério da Educação e Saúde e instituía o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a quem competia “examinar e propor soluções para problemas concernentes à promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Uma vez sendo irregular e inexpressivo o funcionamento do CNS, em 1970 o Decreto nº 67.300 de 1970 confere funções e estrutura mais definidas ao Conselho, cujo processo de mudança sinalizava para a privatização da saúde.

Com o intuito de desburocratizar o atendimento de urgência ao segurado e permitir o atendimento ambulatorial a toda a população nos casos de urgência, foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA). O PPA foi um marco, pois se trata do começo da universalização do atendimento (PAULUS Jr. e CORDONI Jr. 2006).

4.1 O ACESSO À SAÚDE

Os direitos sociais no Brasil encontram respaldo em diversas leis regulamentadoras, que, teoricamente, cumprem com o pressuposto básico de quem vive em um Estado Democrático de Direito: realizar a justiça social; ainda que não haja uma qualificação constitucional da nossa República que assim a denomine, como bem afirma Sarlet (1998):

Apesar da ausência de norma expressa no direito constitucional pátrio qualificando a nossa República como um Estado Social e Democrático de Direito (art. 1º, caput, refere-se apenas os termos democrático e Direito), não restam dúvidas – e nisso parece existir um amplo consenso na doutrina – de que nem por isso o princípio fundamental do Estado Social deixou de encontrar guarida em nossa Constituição.

A efetivação desses direitos, porém, esbarra em muitos fatores ocasionando falhas no cumprimento ao que dispõe a lei. Enquanto o município tem sido razoavelmente eficaz na produção de serviços de atenção básica, os serviços de alta e média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) têm sido prestados por hospitais privados e filantrópicos (HOCHMAN, ARRETCHE e MARQUES, 2007. p. 183). Ao ter por base de arrecadação o nível de riqueza das regiões brasileiras, a União distribui menos recursos às regiões mais pobres, conseqüentemente mais necessitadas. Esse cenário se assemelha ao que se vivia nos séculos XIX e XX em que o apoio político recebido das províncias servia de medida para a distribuição de recursos pelo poder central (ROMANO, 2005, p. 39). Tal prática dificulta o acesso do cidadão dos municípios mais carentes e mais distantes dos grandes centros ao atendimento público adequado da saúde.

A distribuição de profissionais de saúde também constitui um fator que influencia negativamente na eficácia das políticas públicas de saúde. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o número de médicos da região Sudeste é em 2010 mais que o dobro do Norte na comparação que considera o número de habitantes das duas regiões (<http://noticias.terra.com.br>). Esse cenário demonstra que há regiões onde a carência de profissionais é determinante na precarização do acesso à saúde.

A quebra de vínculo do trabalhador com o Estado, promovida pela privatização de serviços como meio de reforma e modernização do Estado, deixou o trabalhador desprotegido e desestimulado, ocasionando má qualidade e descompromisso no exercício das funções relacionadas às mais variadas áreas, em especial à saúde, uma vez que a terceirização o distancia também do beneficiário, além de não oferecer as

condições necessárias ao bom desempenho na execução de suas atividades. (SOARES, p. 61, 2005)

Muitos são os entraves que distanciam o cidadão dos direitos sociais. O desenvolvimento, por exemplo, não acontece de maneira igual sendo mais intenso em algumas partes e menos em outras. O processo de concentração territorial mais intenso das atividades produtivas e da população em certas áreas do território condiciona o desenvolvimento nessas mais do que em outras áreas, provocando certo desequilíbrio entre elas. Isso se deve à influência das empresas no controle do território e na sua lógica territorial, que transferem suas atividades e usos do território aos interesses globais, desvalorizando ou revalorizando o território.

A propósito do termo, segundo Claude Raffestin (1993) citado por Araújo e Augusto (2008) em seu artigo *Conceito de Território e implicações para a saúde e o desenvolvimento sustentável*, território é:

[...] um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. (...) o território se apoia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolvem, se inscreve num campo de poder [...] (RAFFESTIN, 1993, p. 144).

No que se refere à saúde, Mendes (2005, p. 02), classifica como “espaços organizativos e, também, espaços de responsabilização sanitária”. Para Araújo e Augusto (2008, p.03) os distritos sanitários devem ser considerados como diferentes espaços territoriais, a saber:

Territorialização utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde

1. Distritos Sanitários - correspondendo a uma região administrativa municipal.
2. Área de abrangência - área de responsabilidade de uma unidade de saúde
3. Micro-área de Risco – constituída por conglomerados de setores censitários e de perfil epidemiológico específico.
4. Domicílio – possibilita a aproximação do usuário, favorece e prioriza ações de controle de saúde.

As ações governamentais pertencentes a qualquer das esferas têm como premissa o desenvolvimento. Entretanto, a força da economia se sobrepõe e influencia os rumos das políticas governamentais que, em alguns casos, resultam em exclusão social. O reformismo e a modernização do Estado são prementes. Essa crise remonta os anos 1980. A reforma proposta no governo Fernando Henrique Cardoso é um exemplo de como a economia prevalece: “A causalidade do agravamento da crise fiscal e da inflação era totalmente atribuída à presença do Estado no setor produtivo. Dessa forma, a Reforma do Estado passava a ser apenas instrumento para *consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia*”. (SOARES, 2005, p. 65)

O Consenso de Washington, conjunto de medidas entendidas como necessárias para a regulação macroeconômica dos países em desenvolvimento ou que estiverem em crise, tira do Estado a função de prover o bem-estar social e a distribuição de renda com a desestruturação dos espaços nacionais do conflito e da negociação. O neoliberalismo provocou uma desagregação das estratégias políticas de reformismo, e a primeira fase da reforma do Estado, chamada a fase do Estado mínimo, não passou dos primeiros anos da década de 1990 (SOUSA SANTOS, 2006).

No Brasil, houve, em 1995, a criação do Ministério de Administração e Reforma do Estado (Mare). Era o Estado em função metalinguística, posto que era agente de sua própria reforma. As privatizações foram medidas que deram o teor das reformas predominantemente administrativas no governo Fernando Henrique Cardoso que imprimiu ao termo *reforma* “caráter ‘mágico e infalível’ na solução de todos os problemas nacionais” (SOARES, 2005, p.64).

É fato que o desenvolvimento de um país está associado ao bem-estar social e não se limita à questão econômica. A Constituição Brasileira ponderou essa realidade e definiu como uma de suas áreas de interesse o direito à saúde como um direito social. Entretanto, embora tenha se constituído o SUS, os investimentos de origem pública nos serviços de saúde representam uma porcentagem pequena, segundo Rodrigues (2010). O autor afirma em documento intitulado *Política Pública de Saúde: Qual o Rumo?* que “somente 44% do financiamento total dos serviços de saúde no Brasil é de origem pública, o que corresponde a somente 3,7 do PIB e por volta de US\$ 350 públicos anuais *per capita*, [...] o que nos coloca entre os países com menor financiamento público *per capita* do mundo”.

O SUS, disposto no art. 4º da Lei 8.080/90, é definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. É por meio do SUS, portanto, que o cidadão, teoricamente, tem garantido seu direito à assistência à saúde. O art. 198 da Constituição Federal prevê a descentralização como mecanismo facilitador de acesso do atendimento à saúde:

“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 do governo;

(...)”

A instituição do SUS trouxe mudanças na concepção e na condução da assistência à saúde no Brasil. Sua institucionalidade apresenta, contudo, uma dualidade. Ao mesmo tempo que proporciona avanços e inovações no que se refere aos princípios e ao perfil da proposta do sistema, é também percebido como conservador, uma vez que sua institucionalidade na execução das ações transformadoras das práticas de saúde alcança nível ainda modesto. (OLIVEIRA *et al*, 2008)

Seguindo o preceito da descentralização, o ponto de partida no atendimento à saúde do cidadão é uma instituição municipal. Não havendo especialidade local, a pactuação permite o deslocamento do paciente a uma instituição regionalizada. Se a unidade regionalizada carecer de profissional especializado e ou estrutura física apropriada, o encaminha ao ente federado capaz de atender patologias de alta complexidade. Em decorrência, porém, da falta de estrutura adequada para atendimento à saúde pública em algumas regiões brasileiras, o acesso ao atendimento de alta complexidade nem sempre é possível na unidade federativa de origem do paciente. Em razão disso, criou-se o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) — instrumento legal que garante tratamento e permite por meio de passagens e diárias o deslocamento de pacientes portadores de doenças não tratáveis em sua origem por falta de condições técnicas.

4.1.1 O TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)

O Tratamento Fora de Domicílio foi instituído pela Portaria 055 de 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde). Tem como propósito assegurar tratamento médico gratuito em outra localidade a pacientes cujos meios de tratamento da doença em seu município de residência tenham se esgotado. É um benefício oferecido a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS. As despesas são assim definidas pela Portaria 055/99:

“Art. 4º - As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado.”

A portaria estabelece ainda que:

“Art. 5º - Caberá as Secretarias de Estado da Saúde/SES propor às respectivas Comissões Intergestores Bipartite – CIB a estratégia de gestão entendida como: definição de responsabilidades da SES e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para a autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD.”

4.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é atualmente a Política Pública de Saúde que pretende atender as necessidades dos cidadãos do nosso país que não têm acesso ao serviço particular de saúde. Foi instituído para esse fim, mas também dá suporte aos sistemas privados de saúde.

Para o SUS, o indivíduo tem direito ao bem-estar ecobiopsicossocial. É o que consta na Lei 8.080/90:

Art. 3º- A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o

acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e preconiza em seu Art. 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Para regulamentação e em conformidade com o Art. 198 da Constituição Federal, institui o SUS, um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Caracterizado por concentrar autoridade no governo federal e financiar a política de saúde por meio de um abrangente sistema de transferências inter-regionais, o SUS tem por objetivo reduzir as diferenças regionais no acesso aos serviços públicos. De acordo com a Constituição de 1988 é do município a responsabilidade de prestar atendimento à população, atendendo a um sistema de descentralização e hierarquização, em que cabe à União e aos estados a cooperação técnica e financeira. Dessa forma, a regulação e alocação de recursos são de responsabilidade da União, submetendo os governos locais a uma forte dependência dos recursos do Ministério da Saúde, que calcula as transferências levando em conta a arrecadação municipal *per capita* e os recursos orçamentários, que tem por base de arrecadação o nível de riqueza das regiões brasileiras (HOCHMAN, ARRETCHE e MARQUES, 2007).

4.2.1 OS CINCO PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SUS

A Lei nº 8.080/90, que instituiu o SUS, veio para dar atendimento universal à saúde dos brasileiros e, para tanto, estabeleceu os cinco princípios que regem a organização do Sistema Único de Saúde: a regionalização e a hierarquização; a resolutividade; a descentralização; a complementariedade e a participação dos cidadãos.

Por Região de Saúde, Beltrammi (2008) entende como:

[...] área territorial contínua provida de identidades culturais, econômicas e sociais comuns, além de infraestrutura, comunicação, transporte, saúde e outros insumos compartilhados. Em sua tipologia apresentam-se como regiões intramunicipais (Municípios de grande extensão), intraestaduais (Municípios contíguos em um mesmo Estado), interestaduais (Municípios contíguos em Estados diferentes) e as [...] regiões fronteiriças.

Luciana Dias Lima (2009) define região de saúde a partir de três conceitos, a saber:

1. Base territorial e populacional para o planejamento de uma rede de atenção à saúde;
2. Delimitação territorial que possui uma dada autossuficiência de serviços até o mais alto nível de complexidade que se defina;
3. Modo de coordenação e condução político-administrativa da rede de atenção à saúde em um espaço geográfico definido, que se associa a processos de descentralização da política de saúde.

O princípio de regionalização e hierarquização, portanto, visa, além da promoção da saúde garantindo o atendimento aos itens de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, oferecer atenção à saúde, em seus diferentes níveis – atenção básica, média e alta complexidade – no município em que reside o paciente ou nas suas proximidades.

José Jairo Gomes (2003), Procurador da República em Minas Gerais, em seu artigo *SUS e Descentralização*, enfatiza a prevalência do interesse local na concretização da descentralização: “Com a descentralização pretende-se que os pacientes sejam tratados no local mesmo em que vivem. É dizer: nos seus municípios. A ideia, portanto, é evitar que as pessoas façam grandes deslocamentos no afã de realizarem tratamentos de saúde.” É o que garante a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS1/2001) ao dispor que o Plano Diretor de Regionalização, no que diz

respeito à assistência à saúde, deve ser elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde, garantindo o *acesso aos cidadãos o mais próximo possível de sua residência*. Partindo dessa premissa, o usuário não teria que se deslocar para regiões distantes e lugares desconhecidos onde ele não encontre familiaridade, tendo assim seu quadro agravado pelo isolamento familiar e pelas despesas acrescidas. Além disso, o atendimento local permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da região, fato que favorece ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, consequentemente a prevenção das diversas moléstias identificadas.

A resolutividade é o princípio entendido como o oferecimento do serviço correspondente capacitado para resolver o problema de saúde apresentado até o nível exigido pela sua complexidade; a complementariedade assegura a contratação de serviços privados na necessidade de complementação dos serviços públicos; e a participação dos cidadãos garante à população seu envolvimento efetivo no processo de formulação das políticas de saúde e controle de sua execução em todos os níveis (OLIVEIRA *et al*, 2008).

A descentralização e a regionalização estão presentes no sistema de saúde brasileiro antes mesmo da criação do SUS. Foram várias as experiências, mas somente a partir da Constituição de 1988 é que assumiram papel estratégico na política nacional de saúde. Com o propósito de expandir o acesso às ações e serviços de saúde garantindo a integralidade e a universalidade, também objetiva atender às necessidades loco regionais, ampliar a participação social e melhorar a eficiência na gestão dos recursos. (LIMA, 2009)

A descentralização é o princípio que trata da responsabilidade dos serviços e ações de saúde atribuída a cada uma das três esferas do governo. LIMA (2009) a descreve como “termo ambíguo usado para transcrever vários graus e formas de mudança no papel de um governo central”. Para a autora, essa transcrição se dá por meio de:

- Transferências de capacidades fiscais e poder decisório sobre políticas para autoridades subnacionais (realocação);
- Transferências para outras esferas de governo da responsabilidade pela implementação e gestão de políticas definidas centralmente (consolidação);

- Transferências de responsabilidades para novas instâncias administrativas autárquicas próprias do governo central (desconcentração);
- Deslocamento de atribuições do governo para setores privados e não governamentais (privatização; devolução).

De acordo com Beltrammi (2008), a descentralização é o princípio que caminha em sentido paralelo ao conceito e operacionalização dos demais princípios que fundamentam o SUS. É a base que determina a articulação dos três entes governamentais federados numa cooperação mútua para a efetivação da regionalização das ações e serviços de saúde, posto que a proximidade existente entre Estados e Municípios e cidadão permite o reconhecimento das necessidades locais, conseqüentemente o desenvolvimento de ações articuladas para atendimento regionalizado.

Para o autor alguns obstáculos à adoção da regionalização como política estruturante da descentralização relacionam-se com questões culturais do nosso sistema federativo, que não possui tradição de relacionamentos intergovernamentais cooperativos. A ausência de autonomia político-administrativa de grande parte dos municípios brasileiros compromete as ações cooperativas tanto na esfera da saúde quanto de várias outras áreas sociais. Fato que coloca os Estados como responsáveis por oportunizar condições para que Municípios cumpram plenamente e de forma articulada seu papel como ente federativo.

A descentralização do SUS, porém, não significa a isenção de algum ente governamental da responsabilidade na garantia do direito à saúde do cidadão. O Sistema Único de Saúde deve ser descentralizado, mas ao mesmo tempo nacional, universal e integral. Além disso, embora unificado e hierarquizado no território, deve atender às peculiaridades regionais do país (LIMA, 2009).

Estratégia constitucional assegurada como pilar para a saúde em 1988, a regionalização foi reforçada por várias leis infraconstitucionais. A Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 apresenta a Programação Pactuada Integrada (PPI) como ferramenta de pactuação para ações e serviços de saúde de lógica ascendente cuja base deve ser municipal. Em 2001 e 2002 a NOAS aprimorou os conceitos da regionalização. As microrregiões e as macrorregiões foram definidas, e os Planos Diretores de

Regionalização (PDR) e Planos Diretores de Investimento (PDI) representaram considerável instrumento para o planejamento da regionalização. Eugênio Vilaça Mendes (2005) entende como áreas sanitárias espaços que se definem pela abrangência territorial-populacional onde se opera também o Programa de Saúde da Família (PSF). Por microrregiões sanitárias, Mendes (2005) entende o conjunto de municípios contíguos, onde se dão os serviços de média complexidade; sendo as macrorregiões sanitárias as responsáveis pela atenção à alta complexidade também chamada de atenção terciária à saúde.

Em 22 de fevereiro de 2006 o Ministério da Saúde publica a Portaria N° 399 em que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. O Pacto pela Saúde é subdividido em três componentes: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. A instituição deste documento serviu para balizar definitivamente o SUS no que concerne à responsabilidade compartilhada entre Estados, Municípios e União, além de consolidar alguns marcos conceituais da regionalização.

Sua implementação se dá por meio da adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que substitui os processos anteriores de habilitação como o Contrato Organizativo de Ações e Saúde (COAS), e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Sua instituição efetiva, entretanto, depende da vontade política dos governantes, uma vez que a pura instituição da lei não obriga o município a aderir ao sistema. A habilitação do município é dependente de alguns requisitos, mas também é livre, ainda que, uma vez não habilitado, “terá a administração da saúde no seu território transferida para a esfera do gestor estadual”, conforme prevê a NOAS 1/2001, em seu item 46.2 (GOMES, 2003).

Esses princípios norteiam as mudanças nas práticas de saúde. Mudanças que tiveram início com a instituição do SUS e que continuam avançando com a criação de diversas políticas públicas voltadas à saúde, como, por exemplo, a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde.

4.2.2 HumanizaSUS

A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS é uma política pública que tem por objetivo mudar o modelo de

atenção e gestão no SUS. A intenção é promover o envolvimento e o comprometimento de todos os sujeitos da rede: gestores, trabalhadores e usuários para um SUS humanizado, promovendo a independência administrativa e a importância dos envolvidos no processo. Com o HumanizaSUS, o trabalho é em rede e com equipes multiprofissionais num sistema de troca de saberes, em que se poderá identificar as necessidades dos desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde (BRASIL, 2004).

Pretende-se com o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) atingir a melhoria na qualidade e a eficácia dos serviços prestados por instituições vinculadas ao SUS, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), por exemplo.

4.2.3 A ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO BRASIL

A Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão ligado à Organização das Nações Unidas (ONU), confere às políticas públicas o dever de gerir as ações de prevenção do câncer e assistência aos portadores da doença. Molina (2005) defende a ideia de que na oncologia a responsabilidade cabe tanto à medicina, quanto à sociedade. A autora cita Lopes, Rossi e Nakagawa (1996) e corrobora com a posição dos autores que afirmam que:

[...] o tratamento e os resultados obtidos na oncologia envolvem fatores de responsabilidade social e da medicina, o compromisso desta última compreende o diagnóstico mais precoce possível, estadiamento completo, planejamento terapêutico correto e seguimento adequado; e a responsabilidade social contribui para a obtenção de bons resultados, envolvendo-se no conhecimento dos fatores de risco, dando importância ao diagnóstico precoce e superando o dogma de que câncer é uma doença incurável [...]

No Brasil, desde a Constituição de 1988 que estabeleceu o SUS, a direção das políticas públicas de controle do câncer é atribuída ao Instituto Nacional do Câncer

(INCA). A Portaria GM/MS nº. 2439 de oito de dezembro de 2005, em conformidade com os Arts. 196 a 200 da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, regulamenta as ações de combate ao câncer ao instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos.

Numa articulação com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios a Política Nacional de Atenção Oncológica permite o desenvolvimento de estratégias voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas.

Essa portaria organiza a linha de cuidados em todos os níveis de atenção: atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades; e de atendimento, seja com respeito à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Ela visa também à constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, para garantir acesso e atendimento integral. Além disso, a ampliação da cobertura de atendimento aos doentes de câncer com a garantia da universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica está garantida no inciso V dessa portaria.

O estímulo a uma vida saudável em que se conjuga boa alimentação e atividades físicas, ações de redução e controle de fatores de risco para neoplasias, preservação do meio ambiente e ambiente mais seguro incluindo ambiente de trabalho, vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer, tudo isso está estabelecido na Portaria 2439/2005 integrando a política nacional de atenção oncológica.

Nesse contexto, o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde articula e integra as ações de promoção da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), coordena a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS e em sua articulação com os demais setores governamentais e não governamentais. Além disso, incentiva a elaboração, por parte dos estados, Distrito Federal, e municípios de políticas de Promoção da Saúde locais e que considerem as diretrizes da Política Nacional da Promoção da Saúde (www2.inca.gov.br).

4.3 DAS REDES SOCIAIS

Sendo o Estado instrumento de transformação social, cabe ao poder público zelar pelo bem-estar social. Uma vez não cumprida essa premissa, o povo tende a buscar por soluções para os seus problemas, como afirma Laura Tavares Soares, (2005, p.58), em *O Público e o Privado na Saúde*: “A ideologia neoliberal produziu um retrocesso histórico no que diz respeito à origem do bem-estar social, que sai da esfera do público e passa para o âmbito do privado. Dessa forma, cabe às pessoas e às ‘comunidades’ encontrarem suas próprias soluções para os problemas sociais”, configurando a divisão da sociedade civil proposta por Warren (2006): Estado, mercado e sociedade civil. Esta última “[...] está preferencialmente relacionada à esfera da defesa da cidadania e suas respectivas formas de organização em torno de interesses públicos e valores, incluindo-se o de gratuidade/altruísmo [...]”.

Unir forças para atingir um determinado objetivo tem sido considerado uma característica do ser humano. É uma prática antiga da humanidade que resulta, na maioria dos casos, na obtenção do esperado. Isso se aplica a qualquer movimento social. O auxílio mútuo pode ser observado na agricultura, por exemplo, como forma tradicional de cooperação agrícola, realizada com base na reciprocidade de trocas de bens e serviços. O intercâmbio de trabalho, nesse caso, vai além da produção de bens coletivos. É uma forma de ampliar as relações sociais e afetivas, servindo para a criação de alianças e para a multiplicidade das redes interpessoais de proximidade e de vizinhança por meio do compadrio (SABOURIN, 2001). Essa relação de ajuda mútua “depende de laços sociais, sentimentais e até simbólicos e não implica uma retribuição equivalente ou monetária que livraria o beneficiário da sua dívida” (SABOURIN, 2006). Entre as várias denominações para a ajuda mútua está o “mutirão”, há muito observado na atividade agrícola. Esse movimento consistia na reunião de vizinhos para a execução de um determinado trabalho na propriedade de um deles. A participação no trabalho não contava com devolução remuneratória, mas com a confiança na correspondência à necessidade do participante. Por se tratar de troca, presumia-se uma cooperação recíproca. A recusa ao trabalho significaria a exclusão do circuito de reciprocidade. A “paga” imediata vinha com uma festa no final do dia de trabalho oferecida pelo requerente, como forma de reconhecimento do beneficiário ao auxílio comunitário (AZEVEDO, 2012).

A propósito, as atividades mutualistas relacionadas à sobrevivência deram origem a muitas festas populares, especialmente às festas juninas:

Um dia de mutirão é sempre uma boa oportunidade para uma noite de jogo de truco, para momentos de danças variadas conforme o lugar (furró, vanerão, catira, caruru, siriri, etc.). Em muitos casos o mutirão até é “inventado” como pretexto para essa divertida complementação gratuita e festiva. (BRANDÃO, 2008, p. 231)

A variedade de comidas à base de produtos agrícolas como o amendoim, o milho, gengibre, jerimum, o milho-de-pipoca, entre outros, são algumas das características dessas festas populares, de onde surgiu também a figura emblemática do caipira, cuja representação nas quadrilhas e casamentos caipiras urbanos atuais explora a condição de pobreza e simplicidade do sertanejo. Essa condição recebe a contestação de muitos, que percebem numa encenação grotesca a submissão do camponês à condição de chacota.

Predominantemente familiares com extensão restrita à vizinhança, essas festas populares pós mutirão eram fundamentais para a manutenção do compadrio e para as relações sociais camponesas.

Sabourin (2006) declara que os intercâmbios de serviços na agricultura são praticados ainda na atualidade. Entretanto, segundo o autor, as ações de solidariedade recíprocas vêm se transformando ao longo do tempo. O autor cita Polanyi (1944) na identificação das formas de integração econômica e social, em que define:

“[...] a reciprocidade como movimentos entre pontos de correlação dos grupos sociais simétricos; a redistribuição como movimentos de apropriação em direção de um centro e logo desse para o exterior; e o intercâmbio como movimentos de ida e volta de bens tais como aqueles existindo num sistema mercantil”.

As transformações das ações compartilhadas de trabalho agrícola foram provocadas pela mecanização e motorização na agricultura. A intervenção do Estado no incentivo à formação das cooperativas é outro fator determinante para a adoção de novas estruturas de organização, que, embora ofereça algumas soluções, têm como base

os princípios da concorrência e do intercâmbio em detrimento aos valores e práticas de reciprocidade camponesa (SABOURIN, 2006).

A Guerra de Canudos é um evento considerado por Martins (2007) também como “um grande mutirão”, que teve Antônio Conselheiro como organizador e gestor. Seu argumento tem como sustentação depoimentos dos descendentes dos conselheiristas e a natureza social do fenômeno por se tratar de uma ação coletiva que envolve trabalho societário. Segundo o autor,

Os institutos básicos determinantes do modelo de organização da sociedade do Bello Monte e de sua forma de governo, a saber, sistema colegiado-participativo de processo decisório; embrionária estratificação do poder e da divisão do trabalho e especialização funcional; e concepção teocrática de autoridade [...] são interpretados como resultantes da práxis do modelo produtivo mutualista [...]; da ideologia (*lato sensu*) de solidariedade [...]; e da fraternidade universal.

A prática de mutirão para construção de casas populares constitui outro evento que não se atrela a retorno financeiro. Esse tipo de compartilhamento de trabalho é uma forma de organização que tende a solucionar alguns problemas habitacionais, sendo também um importante processo de participação para a conquista dos direitos sociais e promoção da cidadania.

Uma vez negligenciado o direito do cidadão, este se sente desassistido e forçado a buscar apoio em ações solidárias coletivas de organizações não governamentais. Essa forma de auxílio mútuo se dá a partir do dom. É o que afirma Fontes (1999) ao conceituar o termo dom como “elemento caracterizador desse tipo de solidariedade”. Para o autor,

As formas de sociabilidade ligadas ao fenômeno do dom vêm à tona recentemente por conta das profundas reestruturações por que tem passado as sociedades contemporâneas, e a relativa falência de suas instituições em prover adequadamente *inputs* legitimatórios ao sistema social. Embora os mecanismos de alocação de recursos estruturados a partir do mercado e do Estado ainda se constituam em

elemento central na estruturação do vínculo social e os processos sociais engendrados de solidariedade localizados por fora destes dois espaços hegemônicos sempre tenham existido, a sua importância tem recentemente crescido enquanto instrumentos estabilizadores da ordem social.

A literatura tem sido consensual ao entender como crise de legitimidade o resultado das mudanças recentes das sociedades ocidentais. Essa crise seria a responsável pela falência institucional no atendimento às necessidades sociais e pela ocorrência da estruturação atual da sociedade civil (FONTES, 1999, p. 244). O autor ainda declara que “As recentes mudanças verificadas recentemente (*sic*) nos sistemas políticos contemporâneos parecem também indicar a emergência de novas formas de solidariedade”. Para o autor, os movimentos sociais que antes representavam práticas de protesto e contestação, hoje representam produção de serviços e têm papel bastante considerável na construção das redes de solidariedade, que estão sujeitas à “interdependência mútua de seus membros, conseqüentemente, das múltiplas conexões que estabelecem entre si”. As práticas sociais são dependentes dos membros que constituem a rede e se estruturam, portanto, de acordo com as necessidades regionais, características daquele grupo social. Sendo assim, possuem identidade territorial e são singulares, pois buscam atender necessidades regionalizadas que nem sempre se observam em outras localidades.

Tais práticas se constituem num “instrumento importante de enfrentamento de situações adversas pelos pobres urbanos, principalmente em situações de insegurança econômica e de falência dos serviços públicos” (Fontes, 1999, p. 250). O autor reforça esse argumento citando Granovotter, (1981, p. 107), que chama de *laços fortes* aqueles formados por meio de relações de parentesco, grupos de amizade, identidades territoriais e étnicas, e afirma que “as redes de laços fortes parecem estar ligadas tanto à insegurança econômica quanto à falta de serviços sociais”.

4.3.1 REDES ALTERNATIVAS

Também denominadas Terceiro Setor (TS), as Associações Voluntárias têm

compensado muitas falhas do poder público. O TS é considerado um conjunto de organizações sociais que não são nem estatais nem mercantis que tem o propósito de cooperação e ajuda mútua no atendimento às necessidades sociais que o Estado deixou de atender e que a organização capitalista da produção e da sociedade suplantou. Na atualidade, as sociedades têm se organizado de diversas formas e sob nomenclaturas e formatos diferentes. ONGs, cooperativas, organizações comunitárias, organizações de voluntariado são algumas das redes sociais do TS que trabalham para atender interesses sociais coletivos sem a interferência do poder público. A reunião de pessoas em torno de interesses compartilhados forma as redes sociais, assim definidas por Emirbayer & Goodwin (1994: 1449) citados em Marteleto (2001): “conjunto de relações ou ligações sociais entre um conjunto de atores (e também os atores ligados entre si)”. Instituições autônomas que se organizam sem a necessidade de hierarquia e que valoriza a quantidade e a qualidade da ligação social nelas existentes.

A noção de redes sociais, naturalizada e associada apenas às tecnologias da informação, teve origem nos campos da Sociologia, da Antropologia, da Informação e da Comunicação por serem essas as áreas onde a noção de redes foi mais frequentemente utilizada (ACIOLI, 2007). Atualmente, a noção de rede social é muito mais abrangente. As redes sociais representam “[...] um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados.” (MARTELETO in ACIOLI, 2007, p. 93)

A sociedade que se mobiliza em defesa da cidadania consegue atender por ações próprias algumas necessidades prementes. Esse tipo de movimento, ainda que não tenha como objetivo direto a reivindicação de políticas sociais, também pressiona o Estado a tomar medidas que atendam as carências sociais. Warren (2006) afirma que:

Na sociedade das redes [...], o associativismo localizado [...] ou setorizado [...] ou, ainda, os movimentos sociais de base locais [...] percebem cada vez mais a necessidade de se articularem com outros grupos com a mesma identidade social ou política, a fim de ganhar visibilidade, produzir impacto na esfera pública e obter conquistas para a cidadania.

Capra (2002, p. 267) in Tomaél *et al* (2005, p.94) defende a importância das redes: “[...] constatamos que a organização em rede tornou-se um fenômeno social importante e uma fonte crítica de poder”.

Rogério da Costa (2005) discute a interconexão entre as pessoas citando teóricos reconhecidos e conclui que essa interconexão é cada vez mais frequente e recorrente. Ele afirma que esse elo só é possível mediante a confiança depositada entre as pessoas: “Redes sociais só podem ser construídas com base na confiança mútua disseminada entre os indivíduos”. Nesse mesmo artigo Rogério da Costa conceitua como *capital social* a capacidade de organização comunitária em rede. Ele baseia sua afirmação quando cita Fukuyama (1996, p.41) que diz que “o capital social é uma capacidade que decorre da prevalência de confiança numa sociedade ou em certas partes dessa sociedade”. Para Coleman (1994, p. 303-4), citado em Fontes (1999, p. 253), o capital social se difere do capital físico e do capital humano, uma vez que “herda a estrutura das relações entre as pessoas”, ou seja, o vínculo que se estabelece por meio das relações entre as pessoas forma o capital social.

Castells, citado em Tomaél *et al* (2005 p. 95), define redes como “um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta.” Nesse mesmo contexto Tomaél *et al* (2005) afirmam que redes “Podem ser organizações de qualquer tipo, tanto formal quanto informal, tanto lícita quanto ilícita, e os nós podem também ser representados por indivíduos ou grupos de indivíduos”. Declaram ainda em seu artigo “Das Redes Sociais à Informação” (p. 93), que:

A informação e o conhecimento estão em todas as esferas e áreas, são considerados essenciais tanto do ponto de vista acadêmico quanto profissional e, quando transformados pelas ações dos indivíduos, tornam-se competências valorizadas, gerando benefícios sociais e econômicos que estimulam o desenvolvimento e são, ainda, recursos fundamentais para a formação e manutenção das redes sociais.

Considerando o nó como “ponto no qual uma curva se entrecorta” e como indivíduo ou grupos de indivíduos, pode-se afirmar que esse nó representa a figura do ator central por meio da qual o acesso ao que se deseja ou que se procura torna-se

facilitado. Sem a figura do ator central da rede o acesso ao que se deseja seria mais difícil. Ele representa o contato que Tomaél *et al* (2005) chamam de *pessoa-alvo*, ou seja, a pessoa que pode ser acionada para fazer a ligação direta entre o indivíduo e o alvo a ser atingido. A *pessoa-alvo* se separa seis graus das demais, isto é, seis pessoas separam alguém de qualquer outra pessoa, de acordo com pesquisa de Stanley Milgram, em 1967 in Tomaél *et al* (2005, p.95). Tomaél *et al* (2005, p.95) assim defendem a importância da rede social: “[...] a rede social constitui importante recurso profissional e pessoal. Estar em contato com pessoas que conheçam uma pessoa-alvo – em razão de um interesse específico -, ou alguém que a conheça, já é um passo além para a conquista de um objetivo”.

Bastante eficazes as redes utilizam a informação e a comunicação como instrumentos de mobilização nos movimentos sociais (MARTELETO 2001). A participação dos atores nas redes é espontânea e baseada na realização de ações coletivas, cuja hierarquização é representada na centralidade estratégica. Polanyi (1944) citado em Sabourin (2006) tem a redistribuição como uma das três formas de integração econômica e social e afirma que esse tipo de ação coletiva depende da existência de um centro no seio do grupo. Gomes *et al* citado por Tomaél e Marteleto (2006) esclarece que “um indivíduo é central em uma rede quando pode comunicar-se diretamente com muitos outros, ou está próximo de muitos atores, ou, ainda, quando há muitos atores que o utilizam como intermediário em suas comunicações”. Para Marteleto (2001, p.79) “um indivíduo pode ter poucos contatos diretos na rede, estar conectado basicamente por ligações fracas, mas exercer um importante papel intermediando informações. O papel do mediador traz em si a marca do poder de controlar as informações que circulam na rede e o trajeto que elas podem percorrer” O ator central atua, portanto, como referência na organização das ações e serve como fonte de informações para aqueles que buscam o auxílio da rede. Segundo Tomaél *et al* (2005, p.94), “A rede, que é uma estrutura não linear, descentralizada, flexível, dinâmica, sem limites definidos e auto-organizável, estabelece-se por relações horizontais de cooperação”. O envolvimento dos indivíduos em atividades coletivas revela sua confiança na obtenção do resultado positivo e os impulsiona à mobilização.

5. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Na busca por dados que pudessem sustentar a hipótese de uma incidência maior de casos de câncer na região – primeira hipótese do trabalho – chegou-se a um quadro fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Colorado do Oeste em que se encontra a relação de óbitos de pacientes acometidos de câncer no município no período de 2006 a 2011:

Quadro 1: Relação de óbitos por câncer em Colorado do Oeste/RO, de 2006 a 2011.

Relação dos pacientes a óbito com AC de 02/01/2006 a 29/04/2011								
SEG	Data do Óbito	Falecido	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Ocupação do Falecido	Causa Básica	NOME DO DIAGNOSTICO
1	02/01/2006	A S	09/10/1980	25 Anos	F	Estudante	C700	Neoplasia maligna das meninges
2	21/01/2006	G A S	03/07/1937	68 Anos	F	Aposentado/pensionista	C179	Neoplasia maligna do duodeno
3	08/02/2006	A B M	19/10/1941	64 Anos	F	Aposentado/pensionista	C169	Neoplasia maligna do estômago, não especificado
4	15/02/2006	J A S	17/03/1965	40 Anos	M	Agente de saúde pública	C259	Neoplasia maligna do pâncreas, não especificado
5	24/02/2006	V N O	18/07/1933	72 Anos	F	Dona de casa	C260	Neoplasia maligna do trato intestinal, parte não especificada
6	03/05/2006	D M S	04/10/1926	79 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	C97	Neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias)
7	24/05/2006	J G L	01/06/1913	92 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	C169	Neoplasia maligna do estômago, não especificado
8	25/05/2006	A P S	03/09/1950	55 Anos	M	Comerciante varejista	C64	Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal
9	10/06/2006	J S	08/11/1937	68 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	C61	Neoplasia maligna da próstata
10	22/06/2006	N M S	09/12/1941	64 Anos	F	Dona de casa	C55	Neoplasia maligna do útero, porção não especificada
11	14/07/2006	G R G G	07/10/1960	45 Anos	F	Dona de casa	C509	Neoplasia maligna da mama, não especificada
12	05/11/2006	J A S	28/02/1925	81 Anos	M	Aposentado/pensionista	C349	Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado
13	16/11/2006	P S A	04/04/1936	70 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	C159	Neoplasia maligna do esôfago, não especificado
14	25/01/2007	J L M	27/08/1932	74 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	D376	Neoplasia maligna do esôfago, não especificado
15	06/06/2007	O M T	10/08/1930	76 Anos	F	Trabalhador volante da agricultura	C159	Neoplasia maligna do esôfago, não especificado
16	23/09/2007	M S O R	17/12/1965	41 Anos	F	Dona de casa	C229	Neoplasia maligna do fígado, não especificada
17	24/10/2007	L G	18/09/1948	59 Anos	M	Encarregado de manutenção mecânica de sistemas operacionais	C329	Neoplasia maligna da laringe não especificada
18	29/10/2007	A D S	28/10/1949	58 Anos	M	Marceneiro	C159	Neoplasia maligna do esôfago, não especificado
19	03/05/2008	G P S	15/03/1930	78 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	C329	Neoplasia maligna da laringe não especificada

20	03/05/2008	J R A	09/02/1934	74 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	C329	Neoplasia maligna da laringe não especificada
21	11/06/2008	L J R	15/01/1924	84 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	C349	Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado
22	20/08/2008	M F S	13/03/1933	75 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	C97	Neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias)
23	05/11/2008	E R S	12/10/1925	83 Anos	M	Trabalhador volante da agricultura	C189	Neoplasia maligna do cólon, não especificado
24	06/01/2009	M G C	15/08/1936	72 Anos	M	Aposentado/pensionista	C340	Neoplasia maligna do brônquio principal
25	07/07/2009	L F S	14/11/1931	77 Anos	M	Aposentado/pensionista	D002	Carcinoma in situ do estômago
26	14/07/2009	A S S	15/11/1956	52 Anos	F	Aposentado/pensionista	C509	Neoplasia maligna da mama, não especificada
27	05/08/2009	A M C	25/07/1943	66 Anos	M	Aposentado/pensionista	C61	Neoplasia maligna da próstata
28	27/08/2009	S G	20/09/1933	75 Anos	M	Aposentado/pensionista	C788	Neoplasia maligna secundária de outros órgãos digestivos e não especificados
29	14/10/2009	M O	06/03/1941	68 Anos	F	Aposentado/pensionista	C64	Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal
30	27/11/2009	I V S O	02/06/1957	52 Anos	F	Dona de casa	C229	Neoplasia maligna do fígado, não especificada
31	06/12/2009	J G P	03/06/1936	73 Anos	M	Aposentado/pensionista	C61	Neoplasia maligna da próstata
32	17/12/2009	V F S	02/12/1928	81 Anos	M	Aposentado/pensionista	C349	Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado
33	07/01/2010	J F S	05/04/1925	84 Anos	M	Aposentado/pensionista	C183	Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)
34	01/03/2010	A B O	05/08/1943	66 Anos	M	Aposentado/pensionista	C229	Neoplasia maligna do fígado, não especificada
35	03/03/2010	S C	22/05/1941	68 Anos	M	Aposentado/pensionista	C140	Neoplasia maligna da faringe, não especificada
36	04/04/2010	Z A R	25/07/1928	81 Anos	F	Aposentado/pensionista	C710	Neoplasia maligna do cérebro, exceto lobos e ventrículos
37	03/05/2010	J F S	19/02/1936	74 Anos	M	Aposentado/pensionista	C169	Neoplasia maligna do estômago, não especificado
38	08/08/2010	K R R	09/02/1997	13 Anos	F	Estudante	C910	Leucemia linfoblástica aguda
39	18/08/2010	J S W	19/04/1946	64 Anos	M	Aposentado/pensionista	C329	Neoplasia maligna da laringe não especificada
40	19/09/2010	A G R	02/05/1919	91 Anos	M	Aposentado/pensionista	C159	Neoplasia maligna do esôfago, não especificado
41	14/10/2010	M G S	08/10/1929	81 Anos	M	Aposentado/pensionista	C443	Neoplasia maligna da pele de outras partes e de partes não especificadas da face
42	15/11/2010	L P R	25/06/1927	83 Anos	M	Aposentado/pensionista	C61	Neoplasia maligna da próstata
43	12/12/2010	A B O	22/06/1942	68 Anos	F	Aposentado/pensionista	C159	Neoplasia maligna do esôfago, não especificado
44	19/03/2011	J C C	11/10/1952	58 Anos	F	Aposentado/pensionista	C240	Neoplasia maligna das vias biliares extra-hepáticas
45	05/04/2011	L L S	01/05/1954	56 Anos	F	Dona de casa	C349	Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado
46	10/04/2011	W F C	01/11/1934	76 Anos	M	Aposentado/pensionista	C61	Neoplasia maligna da próstata
47	29/04/2011	V S	16/01/1918	93 Anos	F	Aposentado/pensionista	C349	Neoplasia maligna dos brônquios ou pulmões, não especificado

Fonte: Secretaria Municipal de Colorado do Oeste/Rondônia, 2011.

O quadro indica que são vários os tipos de neoplasias malignas, mas que há uma incidência maior dos casos de câncer de próstata, de esôfago e de brônquios ou pulmão. A segunda maior incidência refere-se ao câncer de laringe não especificada, sendo o terceiro tipo os casos de câncer de estômago e de fígado. O quadro indica ainda que há a ocorrência de vários outros tipos de câncer, porém com menor incidência. É possível visualizar melhor a incidência de cada caso no quadro abaixo:

Quadro 2: Síntese de dados do quadro 1.

OCORRÊNCIAS				
5	4	3	2	1
C349, C159, C61	C329	C169, C229	C97, C64, C509	C700, C179, C260, C259, C55, D376. C189, C340, D002, C788, C183, C140, C710, C910, C443, C240

Fonte: Elaboração de Salete Borino

Esses números, a princípio, revelavam dados preocupantes com relação à saúde pública local, e incitava uma investigação acerca da incidência, bem como da prevenção, do tratamento e do controle da doença no município.

As primeiras investigações acerca do assunto nos mostraram logo de início que nossa hipótese de incidência maior de neoplasias malignas em Colorado do Oeste não passava de um julgamento baseado em informações próprias de localidades pequenas que circulam rapidamente e de forma abrangente, fazendo crer num efeito maior que o real. A hipótese negada e os dados coletados logo no início das pesquisas, porém, não foram inúteis, pois nos apresentaram alguns dados que nos levaram ao conhecimento de um arranjo social montado na cidade que tem o objetivo de auxiliar o HC de Barretos, entidade hospitalar que atende os portadores de câncer do município. Esse fato nos fez mudar o foco da pesquisa e nos instigou a analisar as condições em que se deu a formação desse arranjo social.

Optamos pela pesquisa exploratória, uma vez que foi preciso adentrar aquele contexto para conhecer com mais profundidade o problema da pesquisa e encontrar os elementos que permitem obter os resultados desejados por meio do contato com a população envolvida. Esse contato permitiu a inserção do pesquisador no mundo dos participantes, espaço onde se dão as práticas definidoras de significados, configurando o

que pontuam Denzin e Lincoln (2000, p. 3) sobre esse tipo de pesquisa: “[...] qualitative researchers study things in their natural settings, attempting to make sense of, or to interpret, phenomena in terms of the meanings people bring to them.” Foi preciso explorar os sujeitos envolvidos. Entretanto, o conhecimento desses sujeitos somente foi possível a partir de informações que um contato foi fornecendo e, conseqüentemente, levando a outro sujeito que forma a referida rede social e, assim, sucessivamente. Novos questionamentos foram surgindo à medida que novas fontes eram contatadas.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa exploratória, cuja abordagem se deu de forma qualitativa, ao analisar a relação existente entre os munícipes de Colorado do Oeste e a especial preferência pelo HC de Barretos para o tratamento do câncer, bem como sua atuação em benefício do hospital. Os procedimentos técnicos foram realizados em forma de levantamento de dados por meio de interrogação direta das pessoas envolvidas, a fim de compreender o comportamento delas diante da situação que as levou a tal mobilização social. A coleta primária de dados foi feita por meio de entrevistas com membros da localidade e da região, da Secretaria Municipal da Saúde, de coordenadores regionais do HC de Barretos e com familiares que tiveram seus entes acometidos da doença, bem como com pacientes de câncer de Colorado do Oeste/Rondônia. Foi realizada também uma entrevista com Maria Aparecida Menegheti – responsável por uma Casa de Apoio em Barretos –, e com o venerável da Loja Maçônica Trabalho e Virtude de Colorado do Oeste senhor Juarez José Kerber. Além das entrevistas, o coordenador regional do HC de Barretos em Colorado do Oeste senhor Edilson da Costa Brito respondeu algumas perguntas de um questionário em que esclarece pontos relevantes sobre como se iniciou a ligação da sociedade coloradense com o HC de Barretos e a ação social em seu benefício.

Perspectivas diferentes são utilizadas para entender/explicar determinada realidade. Ora se utilizam nas pesquisas enfoques quantitativos ora enfoques qualitativos. De acordo com Triviños (1987), “[...] a quantificação dos fenômenos sociais apoia-se no positivismo e, naturalmente, também no empirismo. As posições qualitativas baseiam-se especialmente na fenomenologia e no marxismo.”

A pesquisa qualitativa – a que vamos nos ater e da qual nos servimos nesse trabalho – vem, segundo Triviños (1987), originalmente, sendo utilizada pela antropologia e pela sociologia para investigar a vida comunitária. Para Creswell (2003)

citado em Massukado (2008), “[...] a abordagem qualitativa baseia-se em perspectivas construtivistas ou participativas. [...] O pesquisador coleta dados não estruturados e emergentes.” Essas assertivas nos dão suporte científico e liberdade para uso da metodologia adotada em nossa pesquisa.

As entrevistas realizadas são semidiretivas, aplicadas a sujeitos oriundos de uma rede de contatos. O questionário que adotamos não é rígido, mas aberto e (re)formulado de acordo com as evidências e novas perspectivas apontadas no decorrer dos trabalhos. Apoiamos-nos em Triviños (1987, p. 123) para essa flexibilização metodológica:

A ausência de hipóteses rígidas a priori, que deviam ser empiricamente verificadas, apoiando-se, de maneira fundamental, na estatística, obrigou o pesquisador a ter um conhecimento geral aprofundado da realidade que servia de contexto ao foco em estudo e dos suportes teóricos principais que guiavam sua ação. Isto permitiu a flexibilidade para formular e reformular hipóteses à medida que se realiza a pesquisa. Este traço da etnografia aponta para uma característica dela que se considera essencial: a de ser a estratégia etnográfica aberta. Isto não quer dizer que ela perca seu caráter de ser uma observação cuidadosa. Mas a rigorosidade do método deve permitir, por exemplo, que as perguntas inicialmente formuladas possam ser enunciadas de outra maneira ou em parte ou totalmente substituídas, à luz dos resultados e evidências que o pesquisador está configurando.

A própria característica do caso em estudo não permitiu que a seleção dos entrevistados seguisse um roteiro pré-definido em que se tem um rol de pessoas e então se faz um sorteio de algumas delas como amostra. Ela foi construída a partir de um primeiro contato com o Coordenador Regional do HC de Barretos em Colorado do Oeste, Edilson da Costa Brito, que, alguns anos atrás, teve uma iniciativa em relação a dar apoio social a um paciente de câncer do município, e seu contato com Odair Flauzino de Moraes, advogado de Henrique Prata, diretor do HC de Barretos. O enredo se inicia com Edilson da Costa Brito que teve um tio que morava no Mato Grosso e foi atendido no HC de Barretos. Nessa ocasião, passou a conhecer o trabalho realizado pelo hospital e, na necessidade de um amigo coloradense com neoplasia maligna, o

recomendou para tratamento, uma vez que no Estado de Rondônia não havia infraestrutura adequada para dar atendimento a doenças de alta complexidade. Edilson juntou-se ao Dr. Odair Flauzino de Moraes – que também conheceu a Fundação Pio XII depois que Henrique Prata lhe indicou o hospital para aplicações de quimioterapia e radioterapia em sua esposa – e realizou o segundo leilão em Rondônia, que aconteceu na cidade de Colorado do Oeste. As cidades de pequeno porte apresentam características bem peculiares. Quase todos os habitantes se conhecem e as informações sobre o HC de Barretos se disseminaram de tal forma que outros pacientes de câncer do município passaram a buscar o HC de Barretos para tratamento da doença e a população local tomou a entidade como referência no tratamento do câncer e também abraçou a causa em favor da Fundação Pio XII.

A necessidade do amigo revelou mais que uma possível fragilidade do sistema público de saúde do estado de Rondônia. O HC de Barretos é uma entidade beneficente especializada no tratamento oncológico que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. Sendo assim, para oferecer a qualidade do atendimento que oferece na prevenção da doença e no tratamento das pessoas com câncer, a entidade depende de recursos oferecidos pela sociedade em geral. Fato que levou Edilson da Costa Brito a coordenar no município a festa em benefício do hospital. Essa ação beneficente mobilizou a população de Colorado do Oeste que, a partir de 2003, passou a realizar anualmente um evento para arrecadação de fundos para auxílio ao HC de Barretos. O envolvimento é tamanho que a cidade participa como se todos os habitantes tivessem um familiar dependendo dos cuidados do HC de Barretos.

Um fato curioso revelado em uma entrevista é o conhecimento de que há industriais e comerciantes de Cacoal que auxiliam mensalmente com recursos financeiros a Pousada da Cidinha em Barretos também conhecida como Casa de Apoio da Cidinha, mas que preferem não aparecer, mantendo sua identidade velada porque não querem se projetar socialmente por meio da filantropia. O fazem por puro desprendimento e generosidade. Um deles, porém, foi objeto de entrevista: Francisco de Almeida, também conhecido como Chico da Copicenter, e Coordenador do HC de Barretos em Cacoal. Além disso, foi potencial fornecedor de dados não só pela doação que faz e por ser o coordenador do hospital na cidade, mas também porque é paciente do HC de Barretos há alguns anos, ou seja, também tem experiência como paciente de Rondônia no HC de Barretos. As informações sobre essa fonte de dados foram sendo

colhidas aos poucos, à medida que se coletava dados com outras fontes. Fato que demonstra mais uma vez a característica própria da metodologia aplicada a esse trabalho.

A iniciativa do coordenador regional de Barretos em Colorado do Oeste Edilson da Costa Brito fez nascer na cidade uma rede de solidariedade que busca dar apoio aos pacientes de câncer e minimizar a carência das políticas públicas de saúde do estado. A identificação das fontes de dados, porém, foi um tanto precária, visto que a iniciativa do coordenador foi que abriu caminho para que encontrássemos outras pessoas com as quais se pudessem coletar as informações necessárias que explicassem a formação do arranjo social ali montado. É a única possível, pois essa rede se estrutura com base nos contatos de ordem primária, contato de vizinhança, de conhecimento pessoal. Os padrões convencionais do trabalho científico não se aplicam a esse caso, mas são perfeitamente aceitos por autores como Triviños e Creswell, já citados anteriormente.

As entrevistas realizadas são abertas e não seguem nenhum roteiro pré-estabelecido. A precariedade na obtenção de pessoas que pudessem oferecer dados levou a realizar entrevistas cujas perguntas iam nascendo no interior da conversa com o entrevistado. Um fato levou a outro, que impulsionou outro questionamento, e assim, sucessivamente.

Alguns contatos foram buscados na tentativa de obtenção de novos dados e informações que pudessem explicar/esclarecer tanto a questão da saúde no estado quanto a formação do arranjo social em Colorado do Oeste. Foi enviado um questionário para a Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia, mas não houve resposta. Posteriormente foi tentado um novo contato por meio de uma mensagem eletrônica para Marta Duarte, Diretoria Executiva de Organização do Sistema e Apoio à Descentralização – DEOSAD – Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia - SESAU/RO. Mais uma vez o que se obteve foi o silêncio. O coordenador regional do HC de Barretos em Colorado do Oeste também é uma pessoa de difícil acesso. Respondeu umas poucas perguntas de um primeiro questionário, mas apresentou diversas justificativas de impossibilidade para a entrevista. Constatou-se ainda a inexistência de algumas fontes e a dificuldade de acesso a outras, seja por questões relativas a recursos financeiros, seja por inacessibilidade imposta por terceiros, ou ainda por falta de publicidade/inexistência de trabalhos relativos à saúde pública de Rondônia. A assessoria de imprensa do HC de Barretos limitou-se a fornecer o endereço de seu

sítio eletrônico. Para informações relativas a Registros Hospitalares, ainda que se limitem a números, essas somente seriam fornecidas mediante a submissão do Comitê de Ética em Pesquisa para análise e aprovação de projetos submetidos via Plataforma Brasil. Os materiais impressos que trazem informações sobre a história, o complexo hospitalar, a Fundação Pio XII, entre outros foram conseguidos por meio de alguns entrevistados e coordenadores do hospital.

Os gastos constituíram um importante complicador na coleta de dados. Essa pesquisa se deu em dois recortes espaciais muito distantes: Colorado do Oeste/RO e Barretos/SP; como se pode observar no mapa abaixo:

Figura 3: Localização e distanciamento das cidades polo.



Google Maps – Adaptação: Salete Borino

Isso significa ter que percorrer mais de 02 mil quilômetros entre um polo e outro. Como, aliás, têm feito os pacientes de câncer de Colorado do Oeste.

Os custos de deslocamento e permanência em ambos os polos dificultaram a obtenção de informações, uma vez que a permanência no local e as despesas com transporte representavam gastos além dos dispostos pela pesquisadora. Além disso,

todos os custos foram de responsabilidade própria, visto que, neste caso, não havia bolsas de estudos para incentivar a pesquisa.

6. RESULTADOS

6.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE EM RONDÔNIA

As informações obtidas por meio dessa pesquisa revelam que a infraestrutura de saúde pública do estado de Rondônia é carente em vários aspectos e não oferece condições apropriadas de tratamento para doenças de alta complexidade. O resumo do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) publicado na rede mundial de computadores intitulado “O Câncer em Rondônia, no Brasil e no Mundo”, de Lucas Jr (2005), reforça essa afirmação:

Com a tendência observada de crescimento das taxas de incidência e mortalidade do câncer de colo de útero e demais tumores, conclui-se que as políticas públicas de saúde adotadas no Estado são ineficientes. Há que se pensar em reestruturar o sistema de prevenção e assistência oncológica praticado hoje em Rondônia, para que este quadro atual possa ser revertido no Estado.

O próprio Secretário Municipal de Saúde de Colorado do Oeste, Gilmar Vedovoto Gervásio, declara em entrevista⁴ concedida para esta pesquisa que a saúde pública encontra dificuldades não só de ordem física. Segundo ele, os médicos dificultam o processo e criam situações alegando não haver determinado material cirúrgico para realizar certa cirurgia, forçando o governo a terceirizá-la, uma vez que, realizando-a não obtêm vantagens financeiras além das que já percebem no salário mensal. Como os médicos da saúde pública atendem também a rede privada, ao terceirizar-se uma cirurgia, atendendo ao princípio da complementariedade, esse mesmo profissional realiza o procedimento e recebe por ele. Para o secretário,

⁴ A propósito das entrevistas a transcrição procurou manter o tanto quanto possível a originalidade e a fidedignidade da fala dos entrevistados.

“O que falta pro Hospital de Base, e que é um grande problema pra gente da saúde pública é que muitas vezes os interesses médicos que atrapalham o andamento. Se criam umas situações pra que não possa exercer, por exemplo, numa cirurgia ortopédica, eles alegam que falta um fio, ou outra hora diz que o carrinho de anestesia não funciona. Então é a maneira que justifica pra não realizar a cirurgia. Isso cria, na verdade, um entrave, e continua as pessoas cada dia mais ficando em cima de uma cama, né. E eles, um jeito de pressionar. [...] Por faltar muitos profissionais na área de ortopedia, eles criam uma maneira que forcem o governo a terceirizar as cirurgias. A comprar essas cirurgias no particular. Por quê? Eles já têm um ganho fixo. O governo não tem como aumentar o salário deles. Mas quando o governo compra esse no terceirizado, a cirurgia compra por procedimento, por cirurgia. E esse que atende lá no público, atende também no particular.”

Ainda em sua entrevista do Secretário Municipal, deixa claro que, não só a precariedade da infraestrutura, mas, principalmente, a falta de prevenção ocasiona a perda de vidas de pacientes de câncer. Ele próprio concorda que quando o paciente procura tratamento, pela falta de prevenção, o estágio da doença é avançado a ponto de dizimar 90% desses doentes: *“A gente vai ter mais perda de vida. A gente sabe que o câncer é, quando ele, a população já procura o tratamento já está em estado já avançado. Então é, de cem pacientes pra ser atendido geralmente hoje 10% tem recuperação. 90% desses pacientes vem a óbito. Isso por falta de prevenção.”*

O coordenador do HC de Barretos em Vilhena deu um depoimento contundente acerca da infraestrutura de saúde pública do estado de Rondônia:

“Horrível! Porque é o caos. Você sabe que hoje se você depender do SUS, só do SUS, em Porto Velho se você procurar um hospital lá, se você tiver doente e você entrar lá você sai morto. Se você não tiver doente, você entra lá e sai doente. É o caos!”

Ele sugere ainda que há mau uso dos recursos destinados à saúde pública de Rondônia:

“E o que recebem do SUS é um absurdo. Para você ter uma noção eu tomei conhecimento que o governo do estado de Rondônia ele recebe 16 milhões por mês do SUS para custear a saúde do estado. Teve um Frei que é um administrador hospitalar, que ajuda a administrar o HC de Barretos, ele disse para mim e para o Henrique (Henrique Prata, diretor do HC de Barretos): ‘para tocar a saúde do jeito que o governo

está tocando em Rondônia, toca-se com 4 milhões'. Quer dizer, onde eles estão enfiando 12 milhões, todo mês? Entendeu?"

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, o entrevistado Francisco Almeida declara que *“o problema na saúde pública de Rondônia no geral é gestor. Nós precisamos de gestores melhores”*. Ele afirma também que a infraestrutura do Hospital de Base de Porto Velho é péssima, que não há higiene no local e que os funcionários são mal remunerados:

“[...] além de tudo isso, da falta de higiene do local, você tem que levar em consideração as pessoas que estão trabalhando estão sendo mal remuneradas. E o que acontece? Não tem como fazer um atendimento diferenciado porque é o seguinte: chegou vinte pacientes no Hospital de Base de Porto Velho, o hospital só tem condições de atender cinco. Aí chega mil ele só tem condições de atender cem. E você tem que escolher o que está mais ruim para ser atendido. E aí é o seguinte: a partir do momento que um profissional de saúde é obrigado a escolher o paciente que vai viver e o que vai morrer... isso acaba com o profissional da saúde. Então, você não pode nem culpar um profissional desse. [...] Tem gente trabalhando em Porto Velho dez horas, doze horas. E ainda sai dali e vai atender noutro lugar porque ali são mal remuneradas. Ele precisa sobreviver.”

Sobre o mesmo assunto, Paulo Henrique Silva também questiona o decoro no emprego dos recursos da saúde pública do estado:

“Eu, inclusive estou respondendo a dois processos por uma empresa que tratava de câncer em Rondônia, por eu ter denunciado a máfia do câncer em Rondônia. [...] Uma empresa que trata de câncer em Rondônia que deveria ter nutricionista, psicólogo, enfermeiro, ambulância... você chega na unidade lá em Porto Velho, os pacientes estão jogados às traças. [...] todos os pacientes de câncer têm uma chamada “APAC”, que é Atendimento de Prevenção ao Câncer, que o governo federal repassa esse dinheiro. Nessa empresa que estava prestando serviço, eles colocavam assim: 59 APACs e não tinha dez pacientes de câncer. Aproximadamente, cada paciente, de oito a cinquenta mil reais, esse dinheiro era desviado. Não sei como. E aí, depois que o Conselho Federal de Medicina percebeu isso e começou a apurar essas irregularidades desde 2006 que essa clínica está fechando hoje em Porto Velho”.

Paulo assegura também que muitas famílias sofrem em razão da fragilidade da infraestrutura de saúde pública do estado de Rondônia. Segundo ele, *“Não tem médicos.*

Não tem tratamento de câncer em Rondônia. Quando tem, é particular.” O despreparo dos profissionais da saúde em Rondônia está evidente em suas palavras: *“meu pai tinha exame de todos os hospitais que ele fazia... ia num hospital público, fazia exame, dava lá: suposto tumoração na faringe. E o médico que meu pai ia da rede pública falava: não, isso aí é só uma dor de garganta. Aí passava um analgésico, passava ultra mal, passava a dor e a gente achava que não era nada.”* Quando a doença foi descoberta por um médico de postinho ela já estava em nível avançado C4. Seu pai foi tratado em Barretos, mas veio a falecer depois de noventa dias do início do tratamento.

O depoimento de Kézia Oliveira sobre a história de seu irmão Kleber Aparecido de Oliveira que veio a falecer em razão de um sarcoma, tumor ósseo de caráter maligno, reforça a fragilidade da infraestrutura de saúde pública do estado e denuncia o despreparo dos seus profissionais:

“Ele sentia dor no braço esquerdo e como era jovem e atleta, de início achava que poderia ser uma lesão pelo judô que praticava ou tombos que vivia levando. Mas a dor persistiu... Procuramos médicos, fizemos exames em Colorado e não deu nada... Levamos para Porto Velho e lá o médico diagnosticou esporão no osso e confiamos...realizamos o tratamento proposto e nada mudou, as dores continuaram. Decidimos levar para Curitiba pois tínhamos amigos que moravam lá [...]. Chegando em Curitiba o médico com o primeiro exame de imagem diagnosticou um sarcoma,tumor ósseo de caráter maligno. Entramos em desespero pela falta de despreparo da equipe médica em Rondônia com tamanha gravidade do caso.”

Outro entrevistado, Juarez José Kerber concorda com a afirmação de Henrique Prata de que o Hospital de Base de Porto Velho é impróprio para tratar dos pacientes. *“Infelizmente é a realidade”* afirma ele.

Para Maria Aparecida Menegheti, as pessoas saem para outras localidades, especialmente para Barretos, porque o estado de Rondônia não oferece recursos.

Henrique Duarte Prata, Diretor Geral da Fundação Pio XII e grande proprietário de terras no estado de Rondônia, em entrevista publicada no site Rondoniainfoco no início de 2011 também desqualificou a saúde pública do estado e afirmou serem desumanas as condições de infraestrutura para tratamento do câncer do Hospital de Base em Porto Velho/Rondônia. E acrescentou: *“não servem para nenhum tipo de animal, de porco a cavalo, muito menos para seres humanos”*.

Diante de tudo isso, o que resta ao paciente, especialmente àquele que requer atendimento de alta complexidade, é se deslocar para fora do estado, muitas vezes se deslocando por distâncias superiores a dois mil quilômetros, em busca de uma estrutura de saúde pública adequada para tratamento de sua doença.

6.2 O HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

Na falta de atendimento adequado no próprio estado de Rondônia, os pacientes de câncer procuram pelo HC de Barretos/SP onde encontram receptividade e acolhimento.

Esse processo acontece com frequência com os pacientes de Colorado do Oeste que necessitam de tratamento de média e alta complexidade, em especial com pacientes de câncer. O HC de Barretos tem socorrido os pacientes de neoplasias malignas do estado.

A Fundação Pio XII, mantenedora do Hospital de Câncer de Barretos/SP, foi fundada por Dr. Paulo Prata e Dra. Scylla Duarte Prata em 27 de novembro de 1967.

Sua missão constitui-se em desenvolver e proporcionar assistência médico-hospitalar em oncologia, com qualidade e humanização para todas as pessoas de todos os grupos sociais, preferencialmente do Sistema Único de Saúde (SUS), do estado e do país, apoiada por programas de prevenção, ensino e pesquisa.

Em 1968, com a anuência do diretor do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Dr. Décio Pacheco Pedroso, que assinou o memorando 234 de 21 de maio, passou a atender pacientes portadores de câncer.

No início, com apenas quatro médicos que atendiam em tempo integral e dedicação exclusiva, o hospital tinha caixa único e atendimento personalizado. Filosofia de trabalho que promoveu o crescimento da instituição e que é preconizada até os dias atuais.

A grande demanda de pacientes levou o Dr. Paulo a propor a construção de novas instalações que respondessem às crescentes necessidades. Para isso, recebeu em doação uma área na periferia da cidade.

Em 1989, Henrique Duarte Prata, filho do casal de fundadores, abraça a ideia da família e dá sequência ao projeto do hospital e, com a ajuda de fazendeiros da cidade e

da região, realiza mais uma parte do projeto. O pavilhão Antenor Duarte Villela, onde funciona o ambulatório do novo hospital, é inaugurado em 6 de dezembro de 1991.

Com 100.000 m² o hospital registra 3.500 atendimentos/dia, todos 100% SUS. O hospital encerrou o ano de 2011 com 549.104 atendimentos realizados a 97.630 pacientes advindos de 1527 municípios de todos os 27 estados (e do Distrito Federal), o que representou um recorde de cobertura. Acolhe pacientes de todo o Brasil e recebe 11 mil novos casos por ano. Esses dados projetaram o hospital que conquistou reconhecimento não só regional como nacionalmente. Esse reconhecimento chegou ao Ministério da Saúde que, em 2000, escolheu a instituição como o melhor hospital do país, cujo atendimento ao público é 100% gratuito.

A propósito da gratuidade e da imparcialidade/equidade do atendimento, em sua entrevista, Paulo Henrique Silva relata o caso de um pecuarista que dividia o quarto com seu pai e que teria oferecido mil bois à instituição para ter preferência no atendimento. O hospital não só não teria aceitado a oferta como teria atendido o paciente de igual forma a que era atendido seu pai, uma pessoa humilde e bastante pobre em relação à situação financeira do pecuarista em questão.

Conhecido como o Hospital do Amor o HC de Barretos tem sido procurado não somente pela carência de infraestrutura da saúde pública do local de origem dos portadores de câncer das mais variadas partes do país, mas também por ter um atendimento reconhecido como excelente pelos pacientes. A humanização tão necessária e pretendida pela sociedade, e pouco encontrada nos hospitais públicos e privados de todo o país, é vista e sentida de forma plena no HC de Barretos.

Sua preocupação em oferecer bom atendimento aos pacientes leva o HC de Barretos a expandir-se constantemente. A instituição criou em 2010 a Unidade de Prevenção em Juazeiro para atender especialmente as mulheres com exames preventivos de câncer de mama. Nesse mesmo ano inaugurou o Hospital de Câncer de Jales/SP. Essa Unidade foi criada para ampliar a prestação de serviço assistencial e facilitar o acesso ao tratamento para os pacientes que residem em locais mais próximos da cidade de Jales, como a região nordeste do estado de São Paulo, Mato Grosso do Sul, Mato grosso, Goiás e Minas Gerais.

O HC de Barretos otimiza suas atividades continuamente e vai além de oferecer tratamento para o câncer. A instituição preocupa-se também com a prevenção da doença. Considerando que o diagnóstico precoce é um dos fatores que contribuem para

a sobrevivência e para o aumento da qualidade de vida dos portadores de neoplasias e, considerando ainda, que recebe pacientes de todo o país, muitos deles com a doença em estágio avançado – inclusive os de Rondônia – o hospital percebeu a necessidade de ir até a população com o intuito de melhorar o diagnóstico precoce de câncer, a princípio, na região de Barretos.

Atualmente o hospital tem se adiantado e se movido até os lugares de onde provêm pacientes, cuja saúde pública não oferece infraestrutura adequada para atendimento dos seus. Esse trabalho iniciou-se em 1994 na região de Barretos e tinha como objetivo diagnosticar antecipadamente o câncer para evitar que esses casos chegassem ao hospital em estágio já avançado como ocorria com frequência principalmente nos casos de câncer de mama e do colo do útero. O sucesso dos resultados positivos fez o projeto crescer e expandir-se para outras regiões. Com a adaptação de um ônibus, construiu-se em 2001 a primeira Unidade Móvel de prevenção de câncer de pele, próstata e colo uterino.

Figura 4: Unidade Móvel de Prevenção do HC de Barretos



Fonte: Revista Hospital do Câncer de Barretos N° 23 mar/abr 2011

Hoje o hospital já conta com seis unidades móveis (ônibus e carretas adaptados). Algumas delas contam também com mamógrafos para prevenção do câncer de mama. A estratégia de busca por mulheres para a realização de exames preventivos de colo uterino deu certo: do total de mulheres diagnosticadas com câncer, 80% dos casos estavam em estágio inicial. Esse período de desenvolvimento da doença oferece 90% de chance de cura.

O sucesso do projeto fez com que o hospital avançasse seu trabalho de prevenção para além dos arredores de Barretos. A 1ª Unidade Móvel de prevenção de câncer de pele, próstata e colo uterino foi construída em 2001 com a adaptação de um ônibus. No ano seguinte, construiu-se a 2ª Unidade Móvel preparada para a prevenção do câncer de colo uterino e câncer de mama, pois esta contava também com um mamógrafo.

Os estados de Rondônia, Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Minas Gerais foram contemplados com a 3ª Unidade Móvel adaptada para prevenção do câncer de colo uterino, próstata e pele. Essa nova unidade foi adaptada a partir de carreta, não mais de ônibus.

Em 2007 uma 4ª Unidade Móvel com mamógrafo foi construída e destinada ao atendimento da população feminina da região de Juazeiro/BA. A 5ª Unidade Móvel está equipada com dois mamógrafos e atende a região de São José do Rio Preto. Atualmente o hospital conta com seis unidades móveis e duas unidades fixas (Barretos/SP e Juazeiro/BA). Em entrevista realizada em 13 de julho de 2012, Odair Flauzino de Moraes, coordenador do HC de Barretos em Vilhena, afirma que o hospital está construindo outras duas unidades móveis equipadas inclusive com mamógrafos especialmente para Rondônia:

“O Henrique está construindo duas carretas especificamente para ficar só em Rondônia.[...] existe uma com a Ivete em Jequié lá na Bahia e o Henrique vai mandar duas para Rondônia. Elas vão ficar aqui em Rondônia. Então, elas chegam no final do ano. [...] [...] a carreta, por exemplo, ficava três dias em Vilhena, dois dias em Colorado do Oeste, tem lugar que fica um dia... só que daí, enquanto tiver paciente para prevenção, ela vai ficar aqui em Vilhena. E ela vai vir com mamógrafo porque até então a carreta não tinha mamógrafo. Por que é que não tinha mamógrafo? Porque ela vem fazendo MT e anda na estrada de terra. O mamógrafo é um equipamento muito delicado que com a trepidação ele descalibra. Ele tem uma calibragem certinha. Então, com a trepidação essa calibragem dele altera. Então, como aqui em Rondônia não vai ter município com terra, ou quando tem terra a estrada é muito boa, não é igual no MT, então ela vai vir com mamógrafo. E vai ficar uma carreta no sul e outra carreta em Porto Velho. Essa do sul vai ficar em Ji-Paraná.”

As Unidades Móveis foram idealizadas a fim de rastrear o câncer de mama, colo uterino, próstata e câncer de pele por meio de exames preventivos. Esse tipo de trabalho minimiza a deficiência da saúde pública do estado, além de aumentar a chance de cura e diminuir o fluxo ao hospital de pacientes em estágio avançado da doença. Isso representa ainda menos gastos com as aplicações de quimioterapia e radioterapia, além de minorar o sofrimento dos pacientes.

As pesquisas para este trabalho revelam claramente que a preocupação do HC de Barretos não se restringe a tratar o paciente para buscar a cura da doença, mas oferecer a

ele atendimento de excelência e toda assistência necessária durante o tratamento, principalmente nos momentos mais difíceis em que o paciente está com sua vida abreviada, prestes a partir. Nesse momento são feitas todas as suas vontades. Toda a equipe, desde médicos, diretores, enfermeiros, equipe de limpeza, pessoal administrativo, é treinada para oferecer carinho e atenção aos pacientes. A Unidade São Judas Tadeu – local em que o Hospital de Câncer iniciou suas atividades em 1967 – está preparada especialmente para oferecer “*cuidados paliativos e uma dose de amor*” (Revista Hospital do Câncer de Barretos – Fundação Pio XII) a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente em fase terminal e de seus familiares, realizando a prevenção e o alívio de sofrimento. A Unidade II – São Judas Tadeu – é um espaço onde a vida é vivida com alegria até seus últimos momentos. (Revista Hospital do Câncer, p. 39)

O princípio soberano que norteia os profissionais e colaboradores da Fundação Pio XII é o amor. O atendimento humanizado com atividades como café da manhã ao ar livre e música ao vivo para pacientes, acompanhantes e equipe multidisciplinar (Revista HC de Barretos p. 39) rendeu ao Hospital do Câncer de Barretos a atribuição de Hospital do Amor. A dedicação ao bem-estar do paciente é tamanha que o hospital procura realizar até sonhos de casamento, por exemplo. É o que relata Paulo Henrique Silva, filho de paciente. Em 2011 o hospital produziu, com direito a festa e vestido de noiva, a cerimônia de casamento de seus pais poucos dias antes da partida de seu pai que sofria de câncer no pulmão.

As pesquisas revelaram ainda que a preocupação do hospital com o bem-estar do paciente não se limita ao atendimento nas suas dependências. Pensa-se inclusive na sua permanência na cidade. O HC de Barretos mantém, com doações e trabalho voluntário, 13 alojamentos, sendo dois deles infantis, com capacidade para acolher até 650 pacientes em tratamento, provenientes das mais diversas cidades brasileiras. A Casa Assistencial Santa Madre Paulina é a maior delas e oferece não só alojamento, mas é equipada entre outras coisas com salas de estar e repouso, refeitório, sala de jogos, capela e diversos serviços, como psicologia, enfermagem, lavanderia, medicamentos e transporte gratuito até o hospital. De acordo com Paulo Henrique Silva: “*Os pacientes que estão nas casas de apoio do hospital, eles são monitorados 24 horas. Tem enfermeira, técnico de enfermagem... passou mal? Tudo computadorizado. Paciente tal*

não está bem. Aí o médico já está sabendo e manda ele para cá. A ambulância do hospital já leva ele lá para dentro para o centro oncológico de novo.”

Toda a preocupação com o atendimento de excelência que o HC de Barretos oferece tem uma explicação. A Fundação Pio XII é quem mantém o hospital. A captação dos inúmeros recursos pela fundação por meio de leilões, campanhas e outras atividades beneficentes só é possível mediante o reconhecimento da população nessa excelência.

Reconhecimento esse que perpassa os cidadãos comuns dos inúmeros municípios atendidos pelo hospital. Em 2007 o HC de Barretos foi certificado pela Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA) e em 2009 tornou-se Acreditado Pleno Nível II. (Revista FATTO!, 2012 p. 43) Essas conquistas representaram a conquista também de muitos colaboradores que auxiliam o HC a cobrir o déficit mensal, que, de acordo com a mesma revista, é de 5,5 milhões. Pelo Brasil, todo ano são realizadas festas cujos recursos arrecadados são destinados à Fundação Pio XII. Essa é uma espécie de restituição pelo atendimento e tratamento dos pacientes de neoplasias malignas que não encontram infraestrutura de saúde pública adequada em seu local de origem e, então, procuram pelo HC de Barretos.

A Revista Hospital do Câncer de Barretos Ano V – N° 30 de maio/junho de 2012 destaca a participação de 37 cidades brasileiras que realizaram festas e leilões em benefício da Fundação Pio XII em 2011 e 2012. São localidades pequenas em sua grande maioria, cuja população está entre 1.119 e 20.650 habitantes. Grande parte delas não passa de 10 mil habitantes, mas as doações são significativas de valores altos. Como exemplo pode-se citar a cidade de Aporé (GO) que tem uma população de 3.803 habitantes e arrecadou em sua 8ª edição do Leilão Direito de Viver em 26/06/11 o valor na ordem de R\$ 88.088,30. São Francisco de Sales (MG) é outra cidade que se destaca na revista. Com uma população de 5.776 habitantes arrecadou R\$ 130.905,10 no Leilão Direito de Viver realizado em 04/03/12.

Além dos leilões e festas o HC de Barretos recebe doações diversas de campanhas de arrecadação de gêneros alimentícios, produtos de higiene, ovos de páscoa, chuveiros, ventiladores, travesseiros, toalhas de rosto e de banho, artesanatos, roupas e sapatos, papel higiênico, etc. São várias as formas encontradas pelas pessoas para arrecadar fundos para o hospital. O casal Clarimundo Azarias de Oliveira e Alda Maria Santos de Oliveira em sua comemoração de Bodas de Diamante pediram que os

convidados trouxessem doações em vez de presentes. Foram arrecadados R\$ 10.265,00 que se destinaram à Fundação Pio XII. (Revista Hospital de Câncer de Barretos N° 30 mai/jun 2012, p. 14)

Na figura 5, abaixo, estão registradas diferentes contribuições, vindas de diferentes localidades brasileiras:



Fonte: Revista Hospital do Câncer de Barretos Ano V N° 30 – mai/jun 2012

Os shows também representam uma fonte de renda significativa em benefício da Fundação Pio XII. Porto Velho e Ji-Paraná receberam Sérgio Reis, um velho parceiro do HC de Barretos, para um show solidário. Dia 11/11/11 em Porto Velho e dia 12/11/11 em Ji-Paraná os shows arrecadaram R\$ 37.490,00 e R\$ 53.480,00 respectivamente. (Revista Hospital do Câncer de Barretos – Ano VI – N° 30 – maio/junho de 2012)

Chitãozinho e Xororó foram os pioneiros da classe artística a abraçar a causa do HC de Barretos. Hoje o hospital conta até com apoio do artista internacional Garth Brooks. Em março de 2011 Henrique Prata firmou acordo com o cantor, ícone da música country americana, para um show em Barretos em 2015 (Revista N° 23 mar/abr 2011). São tantas as colaborações da classe artística que a maneira que o hospital encontrou de homenagear essas pessoas que contribuem com a causa foi colocar seus

nomes nos pavilhões. Entre outros, há, por exemplo, o Pavilhão Chitãozinho e Xororó onde estão localizados os departamentos de Radiologia, Radioterapia, Centro Cirúrgico – Pequenas Cirurgias, Hospital Dia e Departamento de Endoscopia. O Pavilhão Zezé di Camargo e Luciano possui 60 leitos para internação cirúrgica. O Pavilhão Xuxa Meneghel é onde está toda a parte de Oncologia Clínica. O Instituto de Prevenção, Ensino e Pesquisa leva o nome de Ivete Sangalo.

6.3 A REGIONALIZAÇÃO/DESCENTRALIZAÇÃO EM RONDÔNIA

De acordo com o Secretário Municipal de Saúde de Colorado do Oeste, é o município que fica com todo o gerenciamento da saúde e compete aos entes federados a responsabilidade, cuja atenção básica cabe ao município; a média complexidade a alguns municípios apenas; e a alta complexidade, às cidades polo. Em Rondônia são consideradas cidades polo aquelas com mais de cinquenta mil habitantes. Considerando que se trata de uma região em fase de desenvolvimento em relação às regiões sul e sudeste do país, existem poucas cidades com população acima de cinquenta mil habitantes. De acordo com dados do censo 2010 do IBGE, apenas sete cidades do estado possuem essa característica. A alta complexidade é dividida para os hospitais dessas cidades polo, que são chamados Hospitais Regionais ou Unidades Regionais. Quando se trata, portanto, de alta complexidade, esses hospitais recebem os pacientes advindos de municípios pactuados. Segundo ele, essa pactuação representa o repasse de recursos recebidos do SUS, que financiam o tratamento da especialidade requerida:

“Na verdade o município fica com todo o gerenciamento da saúde, né. Apesar de que existe uma forma de pactuação do Ministério da Saúde, que compete aos entes federados de quem é a responsabilidade: a atenção básica, do município; alguns municípios são também responsáveis pela média; e outros pela alta complexidade. Então é dividida em três situações: atenção básica ou atenção primária, atenção média e atenção de alta complexidade. A alta complexidade é dividida para as cidades polo, considerados no estado de Rondônia os municípios acima de 50 mil habitantes. São chamados de Unidades Regionais, como Hospitais Regionais. Então esses hospitais eles são feito uma pactuação, é obrigado a receber naqueles municípios pactuados

naquela regional, vamos dizer assim, no caso de ortopedia, traumatologia, esse hospital é obrigado a receber o acidentado, ele vai pra esse hospital que tem essa especialidade chamada de alta complexidade.”

Segundo o Secretário, o estado de Rondônia carece de profissionais da saúde com especialidade em ortopedia, urologia, cardiologia, etc., consideradas de alta complexidade:

“Dentro da pactuação os municípios são obrigados a pactuar pra essas especialidades, como ortopedia, como cardiologia, urologia, essas especialidades aonde, principalmente dentro do Estado de Rondônia e região norte aonde há assim uma escassez de profissionais com especialidades, né.”

No caso específico de oncologia, o município encaminha diretamente para o Hospital de Base de Porto Velho que faz o atendimento preliminar. Uma vez não tendo condições de oferecer o tratamento adequado ali, encaminha para outro ponto de referência fora do estado. Nesse caso, faz uso dos recursos disponíveis para o TFD.

6.4 O TFD EM RONDÔNIA

O TFD de Rondônia foi aprovado pela Portaria nº 207/GAB/SESAU de agosto de 2004. O documento regulamenta o Tratamento Fora de Domicílio em nível estadual seguindo as orientações do que preconiza a Portaria 055 de 24 de fevereiro de 1999 do Ministério da Saúde.

A Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SAI/SUS e prescreve em seu Art. 12 os valores dos procedimentos criados. O procedimento 429-4 – Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente e acompanhante tem o valor total de R\$ 30,00. Já o procedimento 441-3 – Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente sem acompanhante tem o valor total de R\$ 15,00.

De acordo com a Portaria estadual, é o médico que determina o meio de deslocamento do paciente até o local de tratamento, sendo o transporte aéreo em casos de doenças graves, e terrestre (ônibus) nos demais casos.

Esse recurso tem atendido os pacientes que precisam se deslocar para fora do estado. Entretanto, ele não o faz plenamente, uma vez que o valor das diárias concedido é insuficiente para a permanência no local de destino. Há, inclusive, uma divergência quanto ao valor da diária. A Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 declara R\$ 30,00. Contudo, o paciente Francisco Almeida diz receber uma diária de R\$ 24,00. Já, Paulo Henrique Silva afirma que a ajuda de custo é de R\$ 25,00. Além disso, nem sempre se considera o percurso terrestre total. Os doentes de câncer do Estado de Rondônia que se deslocam para Barretos recebem passagens aéreas da capital até a cidade de São José do Rio Preto, uma vez que Barretos não conta com estrutura para transporte aéreo no município. Para deslocamento até a capital Porto Velho o paciente recebe auxílio da Secretaria Municipal. É o que afirma Gilmar Vedovoto Gervásio, Secretário Municipal de Saúde de Colorado do Oeste: “[...] *o município que encaminhou esse paciente ele tem a responsabilidade de deslocar da Regional de Vilhena até Porto Velho. Deixando em Porto Velho, aí é de responsabilidade do Porto Velho pra... de um Estado para outro Estado.*”

O percurso entre São José do Rio Preto e Barretos, cuja distância é de cerca de noventa e três quilômetros, fica por conta do paciente. É o que declaram os entrevistados Paulo Henrique Silva: “*Barretos não tem um aeroporto. Todo paciente que desce, ele desce em São José do Rio Preto. E se ele já vai doente, já vai fraco, ele tem que andar mais 120 km de carro. E aí o gasto: o governo dá a passagem aérea. Quando chega no aeroporto de São José do Rio Preto, olha a dificuldade: um táxi de São José do Rio Preto para Barretos é 280 reais.*”; e Francisco Almeida, paciente do hospital e coordenador regional em Cacoal: “[...] *E você não chega até Barretos. Você só chega em São José do Rio Preto. Aí o deslocamento também é por conta (do paciente). Muitas vezes eu não tinha condições de viajar de ônibus então eu fui de táxi. São cento e sete km de São José do Rio Preto a Barretos e cem km de Cacoal a Ji-Paraná. E o TFD não prevê isso. [...] A parte terrestre você tem que pagar.*”

Outra dificuldade relativa ao TFD se refere à efetivação de seu pagamento/recebimento. De acordo com o paciente Francisco Almeida, há atraso no depósito das diárias: “[...], *por exemplo, eu fui em junho, nós já estamos em julho e até agora o TFD não depositou minhas diárias.*” Além disso, as questões políticas, por vezes, interferem no processo, ocasionando não só atraso como também o não pagamento do TFD. É o que declara Paulo Henrique Silva: “[...] *o sistema do TFD da*

Secretaria de Saúde de Rondônia não estava funcionando naquela época. Não estava funcionando por quê? Por causa de questões políticas. [...] vale ressaltar que várias pessoas ficaram sem ir para Barretos. [...] Teve paciente que ficou cinco meses sem receber o TFD. Inclusive meu pai. Sabe quando meu pai foi receber o dinheiro do TFD? Depois que ele morreu, aí caiu na conta dele [...]E esse dinheiro, imagine, meu pai passou noventa dias e esse dinheiro foi chegar depois que ele morreu. É coisa de rir. Não paga a vida do meu pai nem a dignidade.”

Os custos para concessão do TFD são bastante altos, de acordo com declaração de Henrique Prata: 18 milhões ao ano. Gilmar Vedovoto Gervásio, o Secretário Municipal de Colorado do Oeste concorda que é um custo alto. Entretanto, ele sugere que, embora fosse melhor para o paciente ser tratado dentro do próprio estado, os municípios ficariam em situação *complicada*, uma vez que esses custos seriam repassados para os municípios: “[...] o Estado ele tem que financiar o deslocamento do paciente, esse financiamento via aérea, mais a diária desse paciente. Eles pagam a diária para o paciente que tá lá fazendo esse tratamento. Então isso gera um custo, um custo muito alto. Então se você tem como resolver ele aqui dentro do Estado, é... para o morador e o paciente daqui do Estado de Rondônia é muito melhor, só que vai gerar também uma situação complicada para os municípios porque vai dobrar o custo dos municípios de deslocamento desses pacientes para a referência. Esse é um caso na região nossa que é cone sul, nós estamos a 700 km da capital.”

Embora represente uma quantia elevada, isto é, 18 milhões de reais ao ano, (PRATA, 2011), o que as informações obtidas por meio das entrevistas e de fontes secundárias indicaram é que o Estado de Rondônia tem preferido conceder o auxílio do TFD, como forma de amenizar sua omissão, pois o custo do tratamento da doença é muito alto. Fato que representaria um gasto maior ainda: “Só para se ter uma noção, uma única aplicação de quimioterapia custa R\$ 1 mil reais e no HC todo o atendimento é feito de graça” (FLAUZINO, 2010). Sendo assim, para economia de recursos, torna-se mais conveniente dar passagens para a população se tratar fora do que organizar a infraestrutura da saúde pública do Estado.

O fato do HC de Barretos ser beneficente gera no poder público de Rondônia a sensação de que o Estado está cumprindo com sua responsabilidade social com os pacientes de neoplasias malignas ao encaminhar, via TFD, o cidadão para uma entidade que atende exclusivamente pelo SUS. Assim, ele se exime da obrigação de oferecer no

próprio estado as condições adequadas para tratamento dos seus, uma vez que o atendimento será gratuito.

6.5 A PREFERÊNCIA PELO HC DE BARRETOS

A propósito da preferência pelo HC de Barretos – um hospital com atendimento 100% via SUS e mantido prioritariamente por doações de colaboradores –, os depoimentos dos entrevistados revelam alguns fatores determinantes para a escolha. O HC de Barretos tornou-se referência em Colorado do Oeste e no estado todo de Rondônia. Essa referência se deu em função da excelência no atendimento aos pacientes e no tratamento do câncer, fato que produz a disseminação das informações sobre o hospital.

As entrevistas realizadas mostram que o atendimento do Hospital de Câncer de Barretos é de primeira qualidade em todos os sentidos. De acordo com Paulo Henrique Silva, editor chefe do site Rondoniainfoco, cujo pai recebeu tratamento no HC de Barretos, *“as pessoas procuram Barretos pela qualidade, pelo tratamento digno. Em Barretos parece que você está num país de primeiro mundo”*. E acrescentou: *“As coisas lá acontecem, a eficácia e a aplicação dos recursos acontecem de forma que não acontecem nos outros estados.”* Opinião idêntica à do coloradense Francisco Vieira Rodrigues, paciente do HC de Barretos também entrevistado: *“O atendimento no HC de Barretos eu acho fantástico. No Brasil não tem igual. É excelente o atendimento em todos os sentidos. É uma coisa que não parece nem Brasil, não. Não parece Brasil”*.

A mesma opinião é também compartilhada com Maria aparecida Menegheti Silva que conhece o hospital pelo trabalho que realiza com sua casa de apoio e por meio do depoimento dos pacientes que ela acolhe em sua casa: *“Na visão de todos os pacientes que vão a Barretos é que é o melhor hospital que existe no Brasil. Na cabeça deles é o segundo melhor do mundo. Primeiro do Brasil e segundo do mundo, entendeu? E, realmente, o tratamento é maravilhoso.”*

Na visão de Odair Flauzino de Moraes o HC de Barretos se diferencia dos demais hospitais públicos por exigir exclusividade de seus profissionais:

“[...] o sistema de tratamento não se discute. Hoje você pega um médico da saúde pública, ele tem 3 ou 4 contratos. Quer dizer, eu pergunto para você: tem

condições dele atender um paciente bem? Não tem condições. Os médicos do HC de Barretos são médicos com dedicação exclusiva, proibidos de ter consultórios. Eles trabalham única e exclusivamente para o HC de Barretos. Eles não podem atender outro hospital, não podem ter consultório particular. Então, eles dedicam toda a medicina deles voltada para o HC de Barretos. Tem que ter exclusividade.”

Uma vez que o atendimento é diferenciado, – não se encontra com facilidade nos demais hospitais que atendem pelo SUS – pacientes e familiares divulgam essa diferenciação e indicam o HC de Barretos a alguém que apresente diagnóstico de alguma neoplasia maligna. É assim que ocorre: quando alguém descobre a doença, tem sempre outro alguém que já ouviu falar bem do HC de Barretos e o indica ao doente. Kézia Oliveira assim revela a indicação do HC de Barretos para tratamento do seu irmão: *“Conhecidos de Rondônia nos informaram sobre a existência do hospital de câncer de Barretos então fomos para lá...Chegando em Barretos fomos extremamente superrrrrrr bem atendidos...um carinho imenso dos profissionais que ali prestavam assistência não só ao meu irmão mas a todas as pessoas que ali se encontravam...”*

Francisco Vieira Rodrigues também procurou o HC de Barretos por indicação dos amigos e por ele mesmo já ter conhecimento da qualidade oferecida pelo hospital:

“[...] o pessoal me aconselhou, todo mundo né, a família, para eu ir para Barretos, que é um centro mais desenvolvido nessa área. Todo mundo da cidade, eu também já conhecia o sistema. E eu fiz a opção por Barretos. Porque a gente sabe que Barretos está bem evoluído nessa área. Tem uma espécie de um vínculo muito forte, né, da cidade de Colorado do Oeste.”

Assim se refere Francisco Almeida, outro paciente, sobre a indicação do HC de Barretos: *“[...] o médico que é especialista, ele viu que a doença é câncer, num é para ele, ele já dispensa. Ele já encaminha, já pede uma biópsia. E como Barretos é centro de referência, então eles estão sempre mandando para lá.”* As palavras de Francisco Almeida são bastante reveladoras ao se referir ao SUS. Para ele, Barretos é exceção e esse sistema não serve como referência no tratamento de uma doença que requer profissionais especializados e tecnologia de ponta:

“Quando foi diagnosticado o câncer, diagnosticou a doença, meu médico, Dr. Artur, no mesmo momento falou de Barretos. Quando ele me falou de Barretos e que atendia pelo SUS eu falei: não, não quero, não. Aí ele me falou: ‘não, vai para você fazer a experiência’. Porque a única referência que eu tinha do SUS era a da cidade de

Cacoal. E aí eu fui para lá saber o que é o SUS e como funciona o SUS num hospital que atende 99% pelo SUS. [...] O HC de Barretos oferece algo mais por causa do atendimento humanizado. Isso é o que ele oferece, atendimento humanizado.”

Maria Aparecida Menegheti, responsável pela Casa de Apoio da Cidinha, declara que “*Os médicos também indicam Barretos.*” E acrescenta que as pessoas escolhem Barretos porque:

“Na visão de todos os pacientes que vão a Barretos é que é o melhor hospital que existe no Brasil. Na cabeça deles é o segundo melhor do mundo. Primeiro do Brasil e segundo do mundo, entendeu? E, realmente, o tratamento é maravilhoso. Meu Deus, as pessoas são tratadas com muito carinho, com muita atenção. O tratamento de Barretos é de primeiro mundo.”

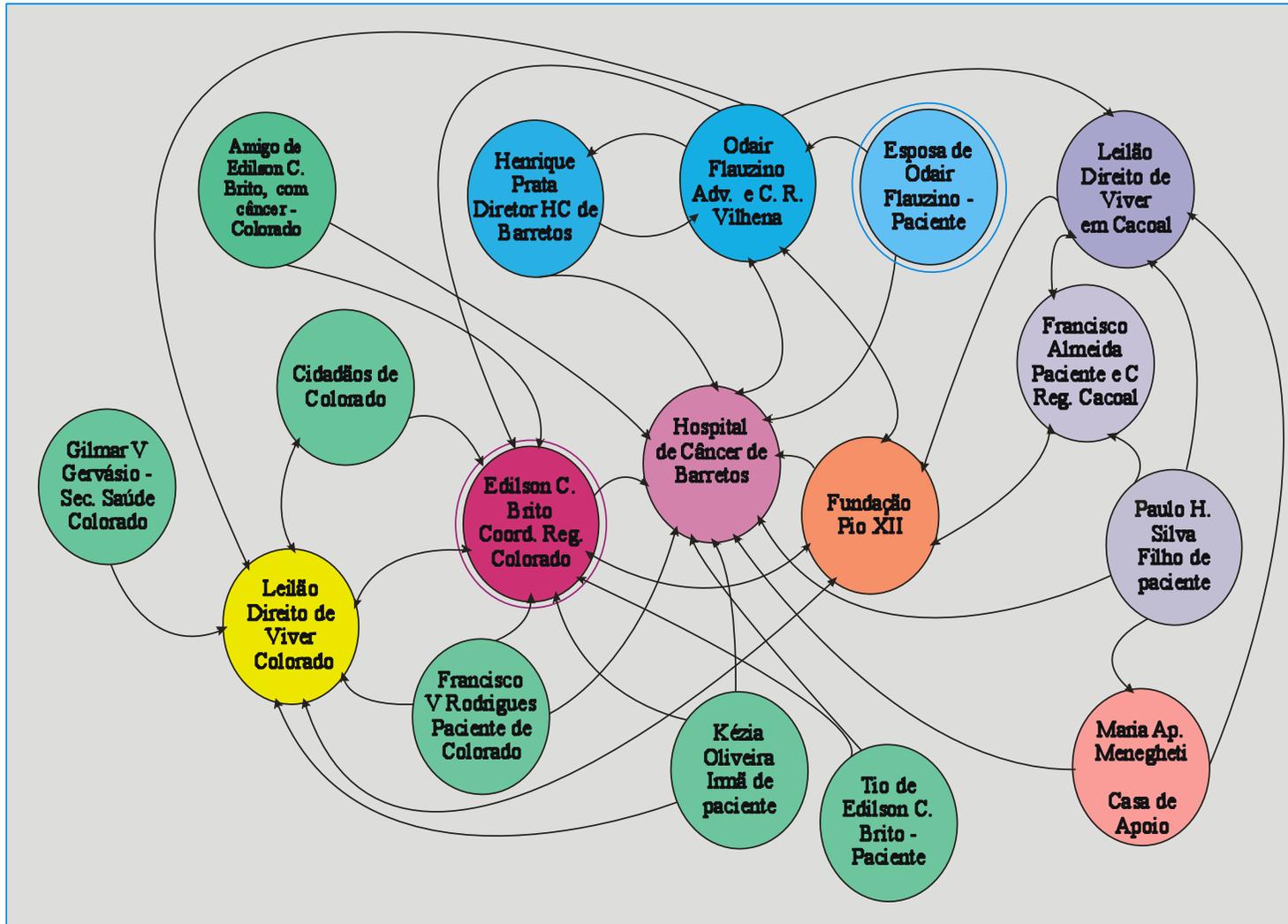
6.6 A FORMAÇÃO DA REDE SOCIAL EM COLORADO

A tomada de consciência da comunidade local sobre a ausência de infraestrutura adequada da saúde pública no estado para prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos do câncer gerou na sociedade coloradense a necessidade de mobilização para auxiliar os portadores de câncer do município. Juntando-se a isso, o HC de Barretos/SP surgia como a solução para o problema não só pelo atendimento 100% gratuito, uma vez que é feito pelo SUS, mas também pelo acolhimento dos portadores de câncer do município, e pela humanização no tratamento do paciente.

Uma vez não tendo encontrando em sua região atendimento satisfatório para as necessidades dos pacientes oncológicos e, em face do acolhimento humanizado recebido no HC de Barretos, a população coloradense criou uma relação especial com a entidade e se organizou e realizou em 2003 o primeiro Leilão Direito de Viver na cidade, festa que tem o objetivo de arrecadar fundos em benefício do HC de Barretos. Deu-se então o início do arranjo social no município, uma rede social destituída de caracterização jurídica, fundamentada apenas no intuito de apoiar uma entidade que recebeu os coloradenses sem medir a distância de onde provêm esses pacientes.

A rede social montada em Colorado do Oeste tem como atores habitantes locais:

Quadro 3 – Rede de Contatos



Fonte: Elaboração de Saete Borino

LISTA DE NOMES

Nome	Origem	Identificação
Edilson da Costa Brito	Colorado do Oeste/RO	Coordenador do HC de Barretos em Colorado do Oeste
Francisco Almeida	Cacoal /Rondônia	Paciente do HC de Barretos e Coordenador do HC em Cacoal
Francisco Vieira Rodrigues	Colorado do Oeste/RO	Paciente do HC de Barretos
Gilmar Vedovoto Gervásio	Colorado do Oeste/RO	Secretário Municipal de Saúde de Colorado do Oeste
Henrique Duarte Prata	Barretos /SP	Diretor Geral da Fundação Pio XII - Barretos /SP
Kézia Oliveira	Colorado do Oeste/RO	Irmã de paciente que se tratou em Barretos
Maria Aparecida Menegheti Silva	Cacoal/Rondônia	Administra uma Casa de Apoio em Barretos.
Odair Flauzino de Moraes	Vilhena	Coordenador do HC de Barretos em Vilhena.
Paulo Henrique Silva	Cacoal/Rondônia	Jornalista e filho de paciente que se tratou em Barretos

Sua formação se deu a partir de um primeiro contato feito pelo senhor Odair Flauzino de Moraes, morador de Vilhena e advogado em Rondônia, com o senhor Henrique Prata, diretor do HC de Barretos. À época, a esposa do senhor Odair Flauzino de Moraes tratava-se de um câncer no Sírio Libanês/SP, onde, após ter sido operada, recebeu alta sem as quarenta aplicações de quimioterapia necessárias para conclusão do tratamento. Em entrevista concedida para esta pesquisa, o senhor Odair declarou:

“Eu fui para SP, fiz o tratamento dela lá em SP, fez a cirurgia em SP. Gastei uma fortuna. Gastei o que tinha e o que não tinha no Sírio Libanês. Na hora em que o médico disse assim – o médico que tratava dela para menopausa, o médico que cuidava dela, o oncologista, seu Jorge Saad, disse: ‘olha, eu vou ter que fazer as aplicações. Tem que fazer no mínimo 40 aplicações.’ Falei: ‘qual é o custo?’ ‘800 reais cada

aplicação.’ Falei: ‘Seu Jorge, eu não tenho o dinheiro. Agora, o senhor pode fazer as aplicações que eu vou para Rondônia, vou vender alguma coisa que eu tenho lá, o carro, ou casa, ou alguma coisa. Eu volto com o dinheiro. Pode fazer as aplicações.’ Quando foi à tarde ele deu alta. Achou que... eu até fiquei contente, né, dele ter dado alta. Ele disse: ‘ah, não, eu vou dar alta. Não vai precisar das aplicações.’ Mas não era isso. Era medo de eu não pagar pelas aplicações. Entendeu?’

Alguns dias depois, Odair Flauzino de Moraes que desde então presta serviços advocatícios à família Prata no estado, comentando com o senhor Henrique Prata sobre o assunto, foi aconselhado a levá-la para o HC de Barretos. Lá, ela foi atendida gratuitamente e teve sua doença curada.

Diante do acolhimento do HC de Barretos e da constatação do bom serviço prestado por um hospital que atende gratuitamente, Odair Flauzino de Moraes sentiu-se agradecido e sensibilizado com as necessidades dos portadores de câncer do estado de Rondônia e com as necessidades do HC de Barretos. Decidiu então lançar a semente organizando o primeiro Leilão Direito de Viver em Rondônia, na cidade de Cacoal:

“Lá em SP eu gastei mais de cem mil reais (no Sírio Libanês). Isso em 1999. Então, eu me achei na obrigação. Se alguém fez para mim, eu acho que eu também tenho que fazer para outras pessoas. Então, foi aí que eu arregacei as mangas e falei para o Henrique: ‘vamos...’ – fazia leilão já no estado de SP, alguns leilões no MT – falei: ‘vamos fazer leilão em Rondônia’. Daí começamos, fizemos o primeiro leilão em Cacoal. [...] Depois do leilão de Cacoal foi feito o leilão de Colorado do Oeste.”

Junto com Edilson da Costa Brito – cujo amigo sofria de câncer – organizou o segundo leilão, que ocorreu em Colorado do Oeste em 2003. A partir de então, foram-se criando as coordenações em outros municípios do estado que hoje já conta com 32 coordenadores municipais do HC de Barretos. Todos eles organizam anualmente o Leilão Direito de Viver em seu município. A propósito, o Leilão Direito de Viver já vinha sendo realizado em várias cidades de outros estados brasileiros e foi uma iniciativa do Departamento de Captação de Recursos do HC de Barretos, criado em 1993 para sanar o déficit mensal e ampliar as atividades.

A Revista Hospital do Câncer de Barretos Ano V – Nº 30 de maio/junho de 2012 destaca a décima participação da sociedade coloradense na realização de leilões em benefício da Fundação Pio XII:

Colorado do Oeste

População: 18.591 – Atendimentos: 734

Pela 10ª vez Colorado do Oeste (RO) realizou um grandioso evento em prol do Hospital. O diferencial de outros leilões é a alegria contagiante das pessoas que participam. Sentimos que a presença de todos é marcante para se solidarizar com uma causa muito importante.

O leilão aconteceu dia 05/12/11, no Parque de Exposição e reuniu cerca de 800 pessoas. O coordenador Edilson da Costa Brito, que organiza o evento desde a sua primeira edição e ficou muito feliz com o resultado. Foram leiloadas 353 cabeças de gado, que arrecadaram R\$ 226.525,38. O destaque de todos os anos foi o costelão preparado com todo amor e carinho pelos membros da Maçonaria.

Figura 6: Leilão Direito de Viver em Colorado do Oeste em 15/12/2011



Fonte: Revista Hospital do Câncer de Barretos Ano V N° 30 – mai/jun 2012

A coordenação do HC de Barretos em Colorado do Oeste ficou a cargo de Edilson da Costa Brito, que organiza anualmente o leilão em benefício do hospital na cidade. Ele exerce um importante papel de intermediação de informações, representando o que Marteleto (2001, p. 79) define como *ator central* da rede de solidariedade que ali se criou, e servindo de referência e de canal de representação e mediação na cidade àqueles que buscam o HC de Barretos para tratamento do câncer. Não se trata de uma associação ou instituição organizada juridicamente e que necessite da constituição de diretorias e funções hierárquicas. Entretanto, requer a presença de um sujeito que atue representativamente, pois, sem a figura do ator central da rede ali formada o acesso ao HC de Barretos seria mais difícil. Ele representa a *pessoa-alvo*, ou seja, a pessoa que pode ser acionada para fazer a ligação direta entre o paciente de câncer de Colorado do

Oeste e o HC de Barretos. A rede formada em Colorado do Oeste tem essa característica. É por meio do contato com uma pessoa que soube por outra pessoa que já tem conhecimento do hospital porque seu amigo ou parente foi encaminhado ao HC de Barretos e teve seu encaminhamento facilitado pelo Edilson da Costa Brito, representante do hospital na cidade.

Assim, os laços da rede em Colorado do Oeste foram se desenhando por meios e formas variados e do contato direto a partir das informações que um ator social foi transmitindo a outro sobre a existência do HC de Barretos e o que ele estava representando para os doentes de câncer do município, bem como sobre a necessidade de recursos do hospital para continuar dando atendimento de excelência aos seus pacientes. Revelava-se ali uma relação de troca e de dependência mútua sustentada por obrigações recíprocas.

A participação da população é efetiva e visa à mobilização de recursos financeiros por meio de uma festa em que se realiza um leilão de gado, almoço e outros atrativos como prova do laço e do tambor. Todo o gado leiloado vem de doações de pecuaristas do município, bem como todo o alimento servido no almoço é também recebido em doação. A exemplo da carne com que se faz o costelão, que é doada, assada e servida pela maçonaria local. A realização da festa conta com a contribuição financeira individual dos munícipes, que se doam e valorizam sua cidadania por meio da solidariedade.

A realização da ação social não apenas beneficia o HC de Barretos, como também contribui para a conscientização da sociedade local quanto ao seu papel na defesa dos próprios interesses e, conseqüentemente, para a sustentabilidade social.

A relação dos coloradenses com o HC de Barretos está baseada numa reciprocidade de ações. O Hospital atendimento, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de alta qualidade e humanização aos pacientes de câncer de Colorado do Oeste e os coloradenses, reconhecendo a receptividade do hospital, oferecem, em contrapartida, seu apoio por meio da arrecadação de recursos destinados à Fundação Pio XII, mantenedora do hospital. Tal ação é promovida anualmente e move toda a população local para auxílio daquela entidade que, sem as doações diversas de recursos que recebe, não conseguiria manter a qualidade e a excelência apenas com o que o SUS lhe repassa.

6.7 AS CASAS DE APOIO

Para auxiliar o hospital nas vagas de alojamento oferecidas aos pacientes em tratamento, prefeituras de diversas cidades estão mantendo Casas de Apoio em Barretos. Essas casas abrigam pacientes de outras cidades que não possuem condições financeiras de se hospedar na rede hoteleira. Além daquelas mantidas por prefeituras há outras gerenciadas por pessoas comuns e mantidas por doações diversas.

Claudia Collucci (Folha de S. Paulo, 09/04/2012, p. C8) relata que “Uma verdadeira cidade paralela com cerca de 2.000 doentes de câncer, a maioria das regiões Norte e Nordeste, está se formando nos arredores do Hospital, que só atende clientela do SUS”. A mesma repórter, demonstrando nenhuma sensibilidade com a situação de fragilidade física e emocional dos pacientes de câncer e seus familiares que necessitam desse tipo de assistência, as chama de “Repúblicas do Câncer” (*sic*), à semelhança das repúblicas de estudantes universitários. Em sua matéria ela afirma haver uma casa de apoio mantida pela prefeitura de Ji-Paraná/Rondônia, em que 38 doentes se alojam e dividem as tarefas domésticas, atividades essas que servem para amenizar as despesas da casa, bem como as dores e o estresse do paciente e seu familiar que se sentem fragilizados tanto em função da doença quanto em função da distância da própria casa.

As casas de apoio que se estabeleceram ao redor do HC de Barretos geralmente são mantidas por igrejas, maçonaria, políticos e algumas prefeituras. São mantenedores do país todo que praticam o voluntariado na essência do vernáculo. Entre eles, porém, é possível encontrar aqueles que se aproveitam da carência social para manterem seu nome em destaque, como forma de exposição para proveito político. Elas têm um papel fundamental na vida do paciente com câncer e de seus familiares, pois não visam lucro e se constituem no lugar onde paciente e familiar se hospedam por períodos longos e por diversas vezes durante o tratamento. Essas casas de apoio acolhem gratuitamente ou por valor irrisório os necessitados advindos de todas as partes do país, incluindo aqueles de Rondônia. Embora se constate a presença de mantenedores das casas de apoio, a contribuição do paciente acaba sendo necessária para algumas porque a despesa por vezes é maior que a contribuição do mantenedor. De acordo com Francisco Vieira Rodrigues, existem algumas poucas que oferecem atendimento totalmente gratuito, além daquelas que oferecem inclusive assistência psicológica e assistente social.

Foi possível constatar sobre as casas de apoio também que, assim como há a Casa do Maçom que acolhe apenas à maçonaria, há igrejas que oferecem auxílio a quem precisa e há aquelas que o oferecem apenas aos seus congregados. É o caso, por exemplo, da Igreja Cristã do Brasil que, segundo Paulo Henrique Silva: “[...] *um outro trabalho que uma instituição lá faz muito bonito fora o HC de Barretos é a Igreja Cristã do Brasil, eu vi a casa de apoio deles também, mas só acolhem quem é da Cristã do Brasil*”. Há ainda políticos que, aproveitando-se da fragilidade do sistema público de saúde de seu estado, bem como da carência da população, fazem do assistencialismo uma maneira de colocar seu nome em evidência na política brasileira, quando deveriam oferecer esse tipo de auxílio por meio de projetos e políticas públicas que beneficiassem a população que o elegeu. As palavras de Paulo Henrique Silva não deixam dúvidas quanto à politicagem que envolve as casas de apoio: *“tinha uma menina que foi daqui de Cacoal para lá para cuidar da casa de apoio, a Casa de Apoio da Cidinha. Só que a Cidinha, ela não tem renda. Ela foi para trabalhar na época para um político lá, o político tudo envolve politicagem. O político perdeu a eleição e falou: ‘olha, você se vira, se você quiser ficar aí você fica, senão você vem embora’”*.

A história da Cidinha a que se refere Paulo Henrique Silva é interessante. Maria Aparecida Menegheti Silva, conhecida como Cidinha, é responsável pela administração de uma casa de apoio em Barretos. Ela saiu de Cacoal/Rondônia para tomar conta de uma casa de apoio que seria mantida por um político, cuja pretensão era mais política do que solidária. Em suas palavras, Cidinha deixa bem claras as intenções do político: *“... um amigo abriu uma casa de apoio lá em Barretos e me levou para lá. E... e ele tinha mais era pretensão política, entendeu? Ele inaugurou a Casa no dia 03 de maio de 2008. [...] Quando foi em fevereiro ele fechou a casa. Deixou a gente a Deus dar, entendeu?”*

Segundo a própria Cidinha, a casa foi inaugurada no dia 03 de maio de 2008 e foi mantida por esse político até fevereiro do ano seguinte. Depois disso, o político desistiu de manter a casa, mas a moça, comovida com a carência dos doentes que se dirigiam para Barretos, resolveu ficar. A princípio, com auxílio de empresários da cidade de Barretos; posteriormente, com auxílio de industriais e comerciantes de Cacoal, ela continua administrando a pousada e recebendo pacientes de câncer e seus familiares, oferecendo-lhes o mínimo de conforto necessário em sua permanência na cidade. Diante das necessidades, Cidinha foi à TV local pedir ajuda. A repercussão foi

grande e deu resultado. Cidinha passou a receber ajuda de um farmacêutico da cidade e de alguns empresários de Barretos que doam cestas-básicas para a casa. A partir de 2010 passou a receber ajuda também de alguns empresários da cidade de Cacoal.

6.8 CONQUISTAS

As incursões ao HC de Barretos dos pacientes de câncer de Colorado do Oeste e do estado de Rondônia, bem como suas ações beneficentes produziram resultados positivos além dos esperados pelos atores da rede social do município. O propósito das ações sociais ali realizadas, a princípio, era manter a reciprocidade com o HC de Barretos no atendimento aos pacientes de neoplasias malignas de Colorado do Oeste. O movimento social realizado na cidade, aliado aos dos outros trinta e dois municípios do estado, bem como a convergência desses doentes ao HC de Barretos demonstraram a enorme carência da saúde pública do estado de Rondônia no atendimento, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos do câncer, e produziram outros efeitos. Sendo proprietário de terras em Rondônia, Henrique Prata visita a região com certa frequência onde mantém relações pessoais e empresariais importantes. Com isso tem conhecimento das condições precárias da infraestrutura da saúde pública do estado e, possivelmente, exerce certa influência no meio pela representatividade junto ao HC de Barretos. Tendo percebido a demanda ostensiva dos pacientes de Rondônia ao seu hospital, o diretor do Hospital de Câncer de Barretos propôs ao governo do estado uma parceria. Ofereceu seu apoio para levar uma extensão do HC de Barretos a Rondônia.

A intenção primeira de Henrique Prata era aproveitar as instalações ainda sem funcionamento do Hospital São Daniel Comboni, em Cacoal:

Figura 7: Instalações do Hospital São Daniel Comboni em Cacoal



Fonte: (<http://hospitalsaodanielcomboni.com.br/portal/?p=32>)

A propósito de sua história, o Hospital São Daniel Comboni, a princípio, não foi idealizado, ou seja, não houve um projeto para a construção de um hospital numa região central do estado com o objetivo de atender casos de alta complexidade. Sua semente nasceu por ocasião da visita de alguns italianos, amigos do Padre Franco Vialetto que vieram no ano de 2000 a Cacoal para conhecer o Centro de Formação Profissional Pe. Fiovo Camaioni. Do alto da torre da Igreja de São Pedro viram a construção do Hospital Regional. Ao tomarem conhecimento de que as obras estavam paradas devido a irregularidades no processo de construção, sugeriram apoio para finalizar a construção. Entraram em contato com as ONGs “*Ingenere Oltre*” e “*Senza Frontieri*” que enviaram ao Brasil os engenheiros Giovanni Martini e Pierluigi Castaldi. Ocasão em que as obras do Hospital Regional de Cacoal estavam sendo retomadas. A intenção dos italianos recebeu apoio de várias autoridades políticas, fato que resultou na assinatura de um protocolo de intenções, no qual se afirmava que o Governo de Rondônia estava disposto a aceitar a colaboração das ONGs para a conclusão do Hospital Regional. Ao retornarem em 2002, os engenheiros encontraram dificuldades para concretizar o protocolo de intenções, visto que o Governo de Rondônia recuou alegando não poder ceder a obra por causa de compromissos tomados anteriormente.

Os engenheiros estavam realmente dispostos a ajudar e manifestaram essa disposição por meio de uma carta à população de Cacoal.

Em 10 de Outubro de 2003 Dom Daniel Comboni era declarado Santo pelo Papa João Paulo II, estando presentes na cerimônia de canonização uma numerosa delegação de Cacoal, entre eles, alguns políticos rondonienses. Alguns dias depois da Canonização, foi realizada uma reunião no Hospital de Bassano Del Grappa com as ONGs *Ingegneri Oltre e Senza Frontiere*, com médicos, com o Diretor do Hospital de Bassano, com o provincial dos Missionários Combonianos, Antônio e Odineia Bisconsin e outros amigos, e foi decidido que, não tendo possibilidade de concluir as obras do Hospital Regional, seria construído um hospital novo e dedicado ao novo Santo da Igreja: São Daniel Comboni.

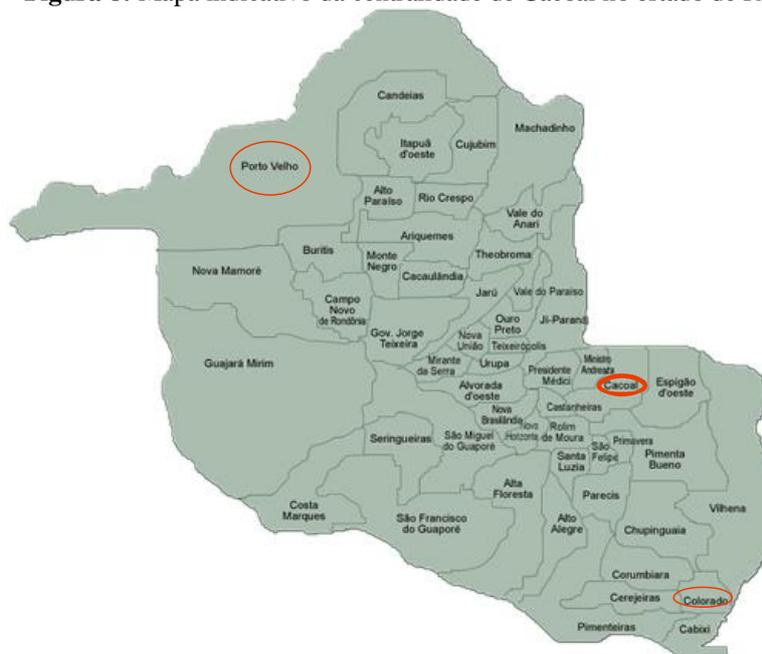
No mês de novembro de 2003 nasce a Associação Assistencial à Saúde São Daniel Comboni – ASSDACO, gestora do hospital. Sua construção teve início em 13 de abril de 2004. A colaboração social, os jantares italianos, que, a partir de então, tornaram-se tradição na cidade de Cacoal, os mutirões, as rifas, os bingos e os auxílios das ONGs foram fundamentais e tornaram o projeto realidade.

A ASSDACO, considerando a necessidade da região, decidiu transformar o Hospital São Daniel Comboni no Hospital do Câncer e de Cardiologia. Assim, o HSDC se destina ao atendimento de alta complexidade – câncer e disfunções cardíacas – além de hemodiálise.

O Hospital São Daniel Comboni foi inaugurado em 08 de outubro de 2011 e está em processo de credenciamento ao SUS. No momento a ASSDACO firmou contrato com o Dr. Olamir Rossini, para chefiar os tratamentos de radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia do setor de câncer do hospital. (Dr. Claudemir Borghi – presidente da ASSDACO)

Duas razões motivavam Henrique Prata a pretender as instalações do Hospital São Daniel Comboni: a estrutura física já existente; e a centralidade regional do hospital favorecendo o acesso dos pacientes do estado, como se pode observar no mapa disposto abaixo:

Figura 8: Mapa indicativo da centralidade de Cacoal no estado de Rondônia.



Fonte: Google Maps – Adaptação de Salete Borino

Contudo, questões de interesses administrativos e financeiros não permitiram o aproveitamento do espaço em questão. A Associação Assistencial à Saúde São Daniel Comboni é quem gere o hospital. Além disso, o hospital ainda não é credenciado ao SUS, portanto não oferece gratuidade no tratamento. Conforme declara Paulo Henrique Silva, essa associação já havia feito um contrato de trinta anos com o médico Dr. Olamir Rossini do Instituto Oncológico de Minas Gerais porque o padre/prefeito não conseguia estruturar o hospital. Segundo informações de Francisco Almeida o contrato é “*esdrúxulo*” porque esse hospital ficaria com a parte dos recursos destinada à quimioterapia e radioterapia. Paulo Henrique Silva afirma que esse é o “*filé mignon*” do tratamento do câncer, uma vez que é o que dá lucro ao hospital. Já os serviços de internação e cuidados com o paciente que não dão lucro nenhum, pelo contrário, dão prejuízo, seriam destinados a outra instituição de saúde: “*Tem pessoas que fazem o tratamento do câncer que só querem o filé do câncer. Qual é o filé do câncer? O que dá o maior dinheiro do câncer hoje é a radio e a química. Então, cirurgia, internação não é vantajoso.*” Henrique Prata preferiu sugerir um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) na capital e um Centro de Diagnóstico e Prevenção no interior do estado.

Diante da situação e da oferta de Henrique Prata, o poder público estadual se viu pressionado a tomar medidas a fim de atender a essa carência da saúde pública do

estado. Aceitou o desafio e em 2011 firmou parceria com Henrique Prata, que assumiu a gestão do Hospital de Base de Porto Velho (HBPV) para a extensão do HC de Barretos. Iniciou-se então, a construção de um pavilhão anexo ao HBPV especializado no tratamento de câncer que atenderá 97% dos pacientes oncológicos do estado, evitando assim o deslocamento de aproximadamente dois mil e quinhentos quilômetros para serem atendidos em Barretos. Foram gastos na construção da nova ala R\$ 2,9 milhões de reais investidos pelo governo do Estado, mais R\$ 1 milhão advindos da iniciativa privada (g1.globo.com/ro). Em 10 de julho de 2012 a mais recente extensão do HC de Barretos, denominada Hospital do Câncer de Barretos – Unidade de Porto Velho (HCB/Rondônia), foi inaugurada na capital e já começou a prestar atendimento no estado com o mesmo modelo de gestão do HC de Barretos. O Centro de Diagnóstico e Prevenção está em fase de implantação e também será realidade em breve em Ji-Paraná.

Figura 9: Inauguração da extensão do Hospital de Câncer de Barretos/Porto Velho/RO



Fotografado em 10/07/2012/Por: NEY CUNHA (rondoniadinamica.com)

Com 1.200m² a unidade de Porto Velho conta com serviço ambulatorial, oncologia clínica (quimioterapia) e centro cirúrgico preparado para realizar cirurgias de pequena, média e alta complexidade. Sua capacidade máxima é de dois mil atendimentos ambulatoriais por mês.

Figura 10: Extensão do Hospital de Câncer de Barretos / Porto Velho / RO.



Fotografado em 10/07/2012/Por: NEY CUNHA (rondoniadinamica.com)

A intenção do hospital é facilitar o acesso de mais de mil pacientes de Rondônia que se deslocam mensalmente em busca de tratamento no HC de Barretos. Sob a gestão da Fundação Pio XII, que pretende manter a unidade com os padrões de qualidade, humanização e protocolos de primeira linha, diferencial oferecido pela Fundação. (g1.globo.com/Rondônia)

“Rondônia ganha o que há de melhor e mais moderno em tratamento de câncer no mundo”. É o que revela Henrique Prata na inauguração do Hospital do Câncer de Barretos – Unidade de Porto Velho (HCB/Rondônia) (www.tudorondonia.com.br):

Figura 11: Fala do Diretor Geral do HC de Barretos na inauguração do HCB/PV



Fotografado em 10/07/2012/Por: NEY CUNHA (rondoniadinamica.com)

O Hospital de Câncer de Barretos/Rondônia atenderá 100% pelo Sistema Único de Saúde após seu credenciamento ao SUS. Enquanto não se dá seu credenciamento, os custos de manutenção da unidade, que estão previstos em R\$ 1,4 milhões por mês, ficam a cargo do governo do estado de Rondônia (g1.globo.com/ro).

A realização da extensão do HC de Barretos em Porto Velho, bem como a construção do Hospital São Daniel Comboni por meio de ações populares beneficentes e com o auxílio de algumas ONGs demonstram que a mobilização popular tem força. Ainda que não tenha sido esse o objetivo primeiro do arranjo social montado em Colorado do Oeste e das ações beneficentes dos arranjos dos demais municípios do estado de Rondônia em prol do HC de Barretos, ou seja, trazer o HC de Barretos para a região, os resultados provam a eficiência dos movimentos sociais na produção de impacto na esfera pública e na obtenção da cidadania.

Os pacientes de neoplasias malignas do estado de Rondônia estão podendo contar, a partir de então, com o atendimento do HC de Barretos no próprio estado. Com o devido funcionamento da extensão do hospital, deslocar-se para distância tão grande para a maioria não será mais necessário. Entretanto, enquanto não houver o credenciamento ao SUS, a população continua a mercê da (in)gerência na saúde pública do governo estadual que não está cumprindo com o acordo de manutenção do hospital. É o que revela a matéria intitulada “*Hospital de Barretos recorre a bancos para seguir em Rondônia*”, publicada na Folha de S. Paulo de 26/set./2012, Caderno Cotidiano, p. C3, Sucursal de Ribeirão Preto. Nela, Henrique Prata afirma não ter recebido os pagamentos da verba de manutenção do hospital e declara ainda: “Vimos para Rondônia com a intenção de ajudar, e não de caçar (*sic*) dor de cabeça.” A notícia informa ainda que o secretário de Estado da Saúde Gilvan Ramos não foi encontrado, mas que há a promessa de ser feito o depósito da verba em breve.

Com a extensão de Barretos, a saúde pública de Rondônia ganha um aliado na luta contra o câncer não apenas no que diz respeito a esse aspecto da proximidade e apoio familiar. O governo do estado vai economizar recursos do TFD. A economia desses recursos poderá ser utilizada no atendimento à saúde pública do estado e para melhorias em sua infraestrutura. É uma conquista bastante representativa na garantia dos direitos civis, embora represente também ônus aos municípios, como vimos anteriormente na declaração do Secretário Municipal de Saúde de Colorado do Oeste

Gilmar Vedovoto Gervásio. Segundo ele, os municípios são responsáveis por arcar com os recursos de deslocamento dentro do próprio estado. No caso específico de Colorado do Oeste, a despesa com a deslocação do paciente até Porto Velho onde está estabelecida a extensão do HC de Barretos será maior em razão da distância que separa o município da capital do estado. São 756 quilômetros, pois as cidades se situam em extremos diferentes. O deslocamento do paciente não será unicamente para encaminhamento inicial como antes, mas frequente, uma vez que as aplicações de quimioterapia e radioterapia são sempre numerosas.

Para os pacientes, porém, a presença do HC de Barretos no estado significa muito mais do que transitar por vários quilômetros de um estado a outro. Significa estar mais próximo de casa, estar mais próximo dos seus familiares e amigos. Considerando que o indivíduo já se sente fragilizado com a doença, pois sabe que se trata de uma moléstia de difícil cura, cuja forma de tratamento é bastante agressiva e mutilante, ao paciente esse fato é de uma importância muito grande, visto que “a atenção advinda da família representa [...] segurança e força para enfrentar o tratamento” (MOLINA, 2003 *apud* MOLINA, 2005, p. 33). Sendo assim, estar em um ambiente estranho, longe mais de dois mil km de casa, sem a presença de sua base familiar e dos entes queridos que o apoiem, acentua sua fragilidade e dificulta o processo de recuperação, visto que essa doença afeta não apenas a questão fisiológica como também a questão psicológica do indivíduo doente, bem como daqueles que o cercam mais intimamente. É o que afirma MOLINA (2005, p. 17): “Essa doença abarca consigo uma forte carga emocional, desencadeando uma série de efeitos físicos e psicológicos, tanto na pessoa doente quanto em todos os membros familiares.” Autores como BAUER *et al*, 1991; RZEZNIK; DALL AGNOL, 2000 e COSTA *et al*, 2003, citados em MOLINA (2005) apontam que:

“[...]o câncer é uma doença que tem característica diferenciada de muitas outras doenças crônicas, pois além da sua questão fisiológica que pode provocar deformidades, dor e mutilações, traz um forte impacto psicológico ao indivíduo, produzindo sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva.”

Isto equivale a dizer que o paciente de câncer necessita de amor, apoio, compreensão e solidariedade e de um cuidado especial e humanizado, – mais facilmente proporcionados pelo vínculo afetivo – que auxilie a promover a cura da doença ou que traga qualidade de vida quando não há possibilidade de se alcançar a cura. Essa preocupação com o bem-estar social está intimamente ligada ao desenvolvimento sustentável, afinal, o conceito de desenvolvimento sustentável não se limita à questão da preservação ambiental. É muito mais abrangente e engloba um desenvolvimento que seja econômico, político, social, cultural e ambientalmente equilibrado, que garanta, entre outras coisas, igualdade social e respeito aos direitos humanos.

A sustentabilidade social é um dos aspectos do desenvolvimento sustentável. Tem como premissa a melhoria da qualidade de vida da população; equidade na distribuição de renda e diminuição das diferenças sociais. Ela se dá por meio da efetiva participação e organização popular. Sua participação, porém, não deve representar uma inversão de papéis, ou seja, não compete à população a realização de ações que venham dar conta da solução de problemas sociais que são de responsabilidade do poder público, eximindo-o de sua tarefa e permitindo que ele fique alheio às necessidades sociais. Entretanto, ela se faz necessária e tem sua importância ressaltada quando produz efeitos que vão além da obtenção de soluções imediatas para determinadas necessidades sociais. A pressão que ela exerce sobre o poder público governamental acaba sendo determinante na obtenção de conquistas maiores, visto que compele o poder público a tomar as medidas necessárias para a solução daquele problema, não permitindo que permaneça omissa. A extensão do HC de Barretos em Rondônia exemplifica muito bem isso.

7. CONCLUSÕES

A relevância desse estudo se dá a partir da noção de que a participação da sociedade na resolução dos problemas que a cerca contribui para a valorização da cidadania. O indivíduo participante das questões comunitárias produz uma sociedade ativa. Quando há uma comunidade participativa e corresponsável, o desenvolvimento econômico, político, cultural e social local se faz com maior rapidez porque não depende totalmente da ação governamental. A ação social gera resultados eficazes e

fortalece a ideia da união de forças para a conquista de determinados direitos sociais. É a sociedade que se faz agente de sua própria história protagonizando-a.

É possível depreender desse estudo que, embora o tratamento das diversas moléstias esteja garantido na Constituição de 1988 e em suas várias leis regulamentadoras, a teoria tem sido muito mais eficiente que a prática, especialmente no que diz respeito a doenças de alta complexidade como o câncer, por exemplo. Há que se ter uma estrutura muito bem montada para atendimento dessa doença, pois as neoplasias malignas necessitam de um tratamento intensivo e frequente, cujo custo é bastante elevado e que muitas vezes poderiam ser evitados caso existisse infraestrutura adequada de prevenção.

A evolução da assistência à saúde no Brasil, especialmente no que se refere à atenção oncológica, está sempre em processo contínuo de mudança e organização, visando oferecer inovação e adoção de medidas relevantes para o crescimento do país no que se refere à prevenção da doença, ao seu tratamento e à proteção da saúde pública. Para oferecer atenção oncológica inovada, entretanto, é preciso atender primeiro aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, promovendo as mudanças em todo o território brasileiro.

O que se pode observar é que a implantação efetiva do SUS em seus cinco princípios no Estado de Rondônia não produz efeito, uma vez que permanecem os problemas relativos à iniquidade no acesso aos serviços de saúde em seus três diferentes níveis. O Estado de Rondônia apresenta um quadro que está longe de atender condignamente seus pacientes, especialmente quando se trata de um nível maior de complexidade. As neoplasias malignas exemplificam a carência de atenção por parte da saúde pública no Estado. Não há infraestrutura adequada para atendimento dos pacientes, cujas moléstias são de alta complexidade. Não há serviço de prevenção, e a proteção à saúde se mostra ineficaz.

Dessa forma, para dar atendimento humanizado à saúde no Estado de Rondônia é preciso primeiro dar atendimento elementar oferecendo desde os serviços ambulatoriais até os serviços de alta complexidade. Os cinco princípios que regem a organização do SUS estão sendo ignorados, pois, não há regionalização, posto que pacientes de neoplasias malignas precisam se deslocar para outros Estados da Federação para tratamento; a resolutividade inexistente, uma vez que para tanto seria necessário atendimento regionalizado de alta complexidade com infraestrutura adequada para tal; a

descentralização, no caso de Rondônia, não está tendo efetividade nem sendo eficaz; a complementariedade parece se dar apenas sob o benefício do TFD, como uma forma compensatória pela ausência de atendimento no próprio Estado; e a participação dos cidadãos se mostra frágil e ineficiente no que tange à cobrança na efetivação de seus direitos.

Sendo assim, o que se questiona não é o HumanizaSUS ou o SUS, mas a (in)gerência nas políticas públicas, uma vez que tais programas, se bem gerenciados e aplicados de acordo com seus princípios, apresentará efetividade e será, portanto, eficaz. O que se revela pelo quadro apresentado no Estado é que a falha está tanto no Governo Federal ao repassar o montante da Unidade Federativa sem levar em consideração os tipos de moléstia e sua incidência, considerando apenas o número de habitantes da região, quanto no Estado, ao aplicar os recursos com ingerência e não oferecer infraestrutura para atendimento dos seus. Os municípios, por sua vez, pecam por se manterem passivos diante do descaso com a saúde pública de sua região.

O sistema de saúde pública do Estado de Rondônia mostra-se inconsistente com o Programa Nacional da Promoção da Saúde e tem se revelado negligente, pois está muito aquém de dar acesso devido à população à prevenção e ao tratamento das diversas moléstias, em especial ao tratamento de neoplasias. A maioria da população dos 52 municípios do Estado se vê geográfica e socialmente isolada, uma vez que o Estado como instrumento de transformação social apresenta limites na execução das políticas públicas, deixando de articular ações capazes de suprir as necessidades básicas de bem-estar social. Mesmo quando surge uma possibilidade de suavizar essas falhas e amenizar o sofrimento da população doente, os conflitos de ordem política tornam inviável a concretização de uma ideia ou de um projeto que seria, do ponto de vista logístico, o melhor para o estado. É o caso, por exemplo, do Hospital São Daniel Comboni em Cacoal que, se aproveitado para a extensão do HC de Barretos em Rondônia, atenderia os objetivos do SUS ao oferecer tratamento gratuito e beneficiaria a população da região que teria um hospital de câncer mais centralizado no estado, possibilitando melhor acesso a todos. Considerando que a capital se localiza na extremidade norte e se distancia em torno de 700 km das cidades do sul o acesso a ela praticamente dobra em relação ao acesso a Cacoal. Além disso, se poderia contar com uma estrutura já pronta, evitando, assim, o investimento de quase quatro milhões de reais na construção da nova ala anexa ao Hospital de Base de Porto Velho para a extensão do HC de Barretos em

Rondônia. Recursos esses que poderiam ser destinados à resolução de outras necessidades da saúde pública do estado, que, como se percebe, é bastante carente especialmente no tratamento de doenças de alta complexidade.

A propósito do Hospital São Daniel Comboni em Cacoal, sua história revela mais uma vez que a ação popular foi determinante para que ele se tornasse realidade. Fato que demonstra a importância de uma sociedade que se articula em busca da concretização de projetos que atendam as necessidades sociais, projetos que nascem de seus anseios e de experiências de incongruências da ação governamental.

O presente estudo procurou entender a formação da rede social existente em Colorado do Oeste e se deparou com uma sociedade que reagiu diante da precariedade da saúde pública no estado no atendimento a pacientes de câncer, e, para auxiliar os doentes que encontram atendimento no HC de Barretos, se mobiliza anualmente em favor da Fundação Pio XII, mantenedora do hospital. O que se descobriu foi que essa montagem não aconteceu por acaso ou por coincidência. Ela partiu de uma ligação profissional entre o advogado, que precisou de tratamento oncológico para sua esposa, e seu cliente, diretor de um hospital de câncer. A relação existente entre o diretor do HC de Barretos e proprietário de terras em Rondônia com um advogado do estado é o primeiro fio condutor da rede. Essa circunstância a diferencia dos demais arranjos existentes especialmente no estado de São Paulo, visto que a distância entre Colorado do Oeste e Barretos é assaz grande. Se não tivesse ocorrido o fato do Dr. Odair Flauzino de Moraes ser advogado de Henrique Prata, diretor do hospital, que tem uma fazenda em Rondônia, possivelmente o advogado não teria levado sua esposa para esse hospital. O fato de ele ter mandado sua mulher para lá, significou que se poderiam mandar outros pacientes também. Se o HC de Barretos não existisse, essa rede também não existiria. O encontro do advogado senhor Odair Flauzino de Moraes com o senhor Edilson da Costa Brito, que teve um amigo que sofria com a doença, foi fundamental para a formação da rede em Colorado do Oeste, visto que é a partir daí que essa rede se estrutura, pois Colorado do Oeste sediou o segundo Leilão Direito de Viver no estado e o realiza desde então até os dias atuais. Tal situação justifica o fato do trabalho não ter um universo definido para que se pudesse tirar uma amostra desse universo e as evidências empíricas serem o resultado das entrevistas realizadas ao longo da pesquisa.

Sendo assim, o arranjo social montado em Colorado do Oeste/RO pode ser visto como uma rede social formada a partir da identificação da carência de tratamento

oncológico no estado de Rondônia e das necessidades que caracterizam uma entidade como o HC de Barretos que dá atendimento gratuito de excelência aos pacientes de neoplasias malignas do estado que o procuram – 90% dos pacientes de câncer de Rondônia buscam o HC de Barretos para tratamento –, e a outros inúmeros pacientes de todo o Brasil.

Não se trata de uma organização montada em forma de associação e ou fundação assistencialista, mas de uma rede de solidariedade e de mobilização social desprendida de caracterização jurídica, com o objetivo específico de apoio social ao HC de Barretos, a fim de que os pacientes acometidos pelo câncer no município tenham garantido o direito à assistência à saúde por outras vias, tendo em vista que a ausência de instituições e de serviços de prevenção no estado de Rondônia tem levado parte da população a um estágio da doença em que a sua cura se torna mais difícil e seu tratamento não só provoca custos mais elevados como também, muitas vezes, leva até a morte.

Trata-se de uma rede complexa, pois sua formação se deu de maneira informal e dependente do conhecimento sobre Barretos que um contato vai transmitindo a outro como circulam as informações em cidades pequenas em que a possibilidade de as pessoas ficarem sabendo o que aconteceu a certa distância é possível; contexto que não se encontra em cidades maiores com infraestrutura mais adequada para tratamento de doenças de alta complexidade e, que, portanto, não necessitariam da criação de um arranjo semelhante, pois não apresentam situação social da mesma natureza.

Baseado fundamentalmente em contatos primários, de cara a cara, não encontra divulgação sobre o trabalho desenvolvido pelo HC de Barretos por órgãos oficiais do município, uma vez que divulgar o atendimento do HC de Barretos aos pacientes de Colorado do Oeste seria expor a sua própria fragilidade de atuação no atendimento à saúde pública.

A busca de alternativas para resolver um problema social local proporcionou a criação de um elo entre a sociedade de uma cidade interiorana do Estado de Rondônia e um Hospital especializado no tratamento de neoplasias malignas do Estado de São Paulo, regiões geográficas situadas a uma distância superior a dois mil quilômetros. Isso se deve ao fato de que as necessidades são locais, mas nem sempre o auxílio se encontra na região. Para tanto, os sujeitos das ações das organizações sociais veem-se forçados a associar-se a outros atores tanto da esfera local, como de outras esferas, trespassando as

fronteiras regionais.

Trata-se de uma rede que se diferencia das demais redes de associativismo local, pois não objetiva uma institucionalidade nem visa uma negociação com o mercado ou com o Estado. Tampouco intenciona empoderamento social – embora essa seja uma consequência inevitável. É singular e possui identidade territorial, constituindo-se num importante instrumento de enfrentamento de uma necessidade regionalizada referente à situação de falência do serviço público de saúde no Estado. Seu escopo se restringe a contribuir com uma entidade que, embora se situe muito distante, atende a população local e colabora com a resolução, ainda que parcial, de seus problemas relativos à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de pacientes com câncer. Reciprocidade mútua que tem minimizado algumas falhas na política de saúde pública do Estado de Rondônia.

Seu coordenador Edilson da Costa Brito serve de referência àqueles que se encontram com a doença e buscam esse elo entre o doente e o hospital. Ele serve, portanto, de canal de representação que facilita o acesso do doente ao HC de Barretos. Embora não se trate de uma organização jurídica institucional, possui um mínimo de estrutura organizacional que permite o encaminhamento do doente a Barretos por meio da influência e representatividade do coordenador regional do HC de Barretos em Colorado do Oeste, que, na falha do sistema público de saúde, ajuda a agendar consulta no hospital. Foi o que aconteceu com o pai de Paulo Henrique Silva, que dependeu desse recurso em Cacoal.

É possível observar principalmente nas várias edições das revistas do HC de Barretos a presença desse tipo de associativismo local em inúmeras outras cidades brasileiras. Fato que demonstra não se tratar de uma ação isolada daquele município rondoniense. Shows, Doações e Leilões, e Festas são realizadas nas mais diversas cidades brasileiras em benefício do HC de Barretos. Desde doações de cestas básicas, gêneros alimentícios, roupas e dinheiro em espécie, até festas com leilões de gado são feitos por toda a parte por cidades atendidas pelo HC de Barretos. Cidades de várias partes do Brasil, como Fátima Paulista/SP, São Tomás de Aquino/MG, Itaporã/MS, Doverlândia/GO, Ariquemes/RO, Tabaporã/MT, Cerejeiras/RO, Cacoal/RO, entre outras, principalmente da região norte, região que mais procura pelo hospital.

Cada uma com suas características próprias, mas que apresentam o mesmo objetivo que é o de minimizar o descaso do poder governamental com a saúde pública

brasileira. Afinal, não é só Rondônia que apresenta falhas no sistema público de saúde como se pode perceber pelas denúncias diárias da mídia brasileira. Em uma recente reportagem publicada no site saúde.ig há a declaração de que até o final do ano aproximadamente 85 mil novos pacientes de câncer serão diagnosticados e estarão sem radioterapia no Brasil todo. Segundo a matéria, de acordo com levantamento feito pelo Inca, a radioterapia não contempla todos os doentes brasileiros. Esse cenário da saúde pública no Brasil gera na população a necessidade de mobilizar-se para minimizar os efeitos negativos da atuação ruim dos governantes e do poder público.

A força social movida pela semente que Edilson da Costa Brito e família plantaram em Colorado do Oeste/Rondônia a partir do contato profissional existente entre Odair Flauzino de Moraes com Henrique Prata, proprietário de terras em Rondônia e Diretor Geral do HC de Barretos, demonstra mais uma vez que a estratégia de doação de trabalhos voluntários, de tempo e de dinheiro de atores e recursos locais tem sido uma saída que a sociedade encontrou para amenizar as necessidades sociais que as políticas públicas nem sempre são capazes de atender. Esse tipo de ação embora revele descaso da ação pública, coopera para a sobrevivência material das populações e contribui para a formação de valores morais e culturais de uma sociedade. Além disso, é capaz de impelir o poder governamental na obtenção de conquistas para a cidadania. O impacto das ações solidárias em benefício do HC de Barretos que se iniciou no município de Colorado do Oeste/Rondônia e se reproduziu em mais de trinta municípios do Estado representou muito mais que a facilidade no acesso do paciente de câncer ao HC de Barretos em São Paulo. Essas ações acabaram desvelando uma necessidade regional premente, e exerceram, ainda que de forma involuntária e inconsciente, tal pressão a ponto de obter resultados e conquistas que vão além do esperado. O estado hoje conta com o Hospital de Câncer de Barretos na sua própria região.

A extensão do HC de Barretos em Porto Velho possivelmente gerará na população rondoniense a certeza da necessidade de se continuar reproduzindo nos demais municípios do Estado a mobilização social que se criou em Colorado do Oeste e em outros 32 municípios daquela região para que o HCB/Rondônia tenha o mesmo êxito que o HC de Barretos tem em São Paulo. Afinal, as ações de combate ao câncer – promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos – instituídas pela Política Nacional de Atenção Oncológica somente são possíveis no HC de Barretos com o auxílio que se tem das ações sociais realizadas em muitas localidades

brasileiras. Ao que se percebe, se o HC de Barretos dependesse exclusivamente do SUS, ele não poderia ofertar o atendimento de excelência que oferta, como é o caso de muitos hospitais credenciados ao SUS e que dependem apenas de recursos públicos para seu funcionamento e atendimento à saúde.

A reação da sociedade frente a situações de emergência ou de omissões do poder público são as mais variadas possíveis. No que diz respeito a falhas no sistema público muitas vezes é a sociedade que se omite e não cobra de seus representantes ações que lhe permitam viver com mais dignidade e respeito aos seus direitos constitucionais. Sua reação em outras situações demonstra que ela é capaz de se organizar e arquitetar relações sociais capazes de minimizar as falhas do poder público. As ações de voluntariado que se iniciaram em Colorado do Oeste e se propagaram pelo estado de Rondônia são prova disso e demonstram a participação de uma sociedade que, de alguma forma, cumpre seu papel como corresponsável pelo desenvolvimento social sustentável. A vinda do HC de Barretos com sua extensão para Porto Velho é resultado de ações de cidadania e representa que se está fazendo hoje o caminho justo: são os recursos que estão chegando até o cidadão, e não o inverso como acontecia. A presença do HC de Barretos em Rondônia proporciona ao cidadão, ainda que, a princípio, fragilmente, o cumprimento ao que estabelece o SUS no que diz respeito ao direito à oferta regional no atendimento à saúde pública. Realidade que não se tornaria possível caso esse arranjo social não se tivesse criado.

Ao auxiliar com recursos financeiros o HC de Barretos, essa rede supre, portanto, algumas das deficiências que o Estado de Rondônia não tem sido capaz de suprir, garantindo dessa forma, ao cidadão coloradense, o que a constituição estabelece no que diz respeito às ações de combate ao câncer. Nesse contexto, essa sociedade cumpre seu papel, uma vez que é parte constituinte dos atores sociais, a quem compete realizar ações alternativas que garantam a sustentabilidade social. É preciso estar alerta, porém, quanto ao dever do poder público em atender ao que dispõe a Constituição brasileira no que se refere à garantia de direitos da população. Boaventura Sousa Santos, em artigo recente (A democracia ante o abismo, Folha de S. Paulo, 30.01.2013, p. A3) não tem dúvidas em afirmar que “só o Estado do bem-Estar Social forte torna possível a sociedade do bem-estar forte... A filantropia e a caridade são politicamente reacionárias quando, em vez de complementar os direitos sociais, se substituem a eles”.

8. REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sonia. **Redes Sociais e Teoria Social: Revendo os Fundamentos do Conceito.** *Inf. Inf.*, Londrina, v. 12, n. esp., 2007.

ALMEIDA, Francisco. Paciente do HC de Barretos e Coordenador do HC em Cacoal. Entrevistado em fev. 2012.

ARAUJO, Marise Helena de. AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. **Conceito de Território e implicações para a saúde e o desenvolvimento sustentável.** 2008. Disponível em https://docs.google.com/a/ifro.edu.br/document/d/1_oJYPgrY3BRvK7BL-Gva_UD-cLKHSr-dCRINh9TaGA/edit?pli=1 Acesso em 10 set. 2011.

ARETCHE, Marta. MARQUES, Eduardo. **Municipalização da Saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 455-479, 2002. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n3/13025.pdf>. Acesso em 29 ago. 2012.

AZEVEDO, José Franco de. **Agricultura Familiar e Cooperação: Um Estudos das Relações Sócio-Espaciais no Município de Nossa Senhora da Glória/SE.** I Seminário sobre Alimentos e Manifestações Culturais Tradicionais. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão – 21 – 23 mai. 2012.

BELTRAMI, Daniel Gomes Monteiro. **Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios.** *RAS – Vol. 10, N° 41 – Out-Dez, 2008.* Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS41_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf Acesso em 31 out. 2011.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Festas de Trabalho. SILVA, René Marc da Costa. **Cultura Popular e Educação.** Brasília, Ministério da Educação, Secretaria de Educação à Distância, 2008. 246 p. (Salto para o Futuro). Disponível em http://www.tvbrasil.org.br/saltoparaofuturo/imagens/livros/livro_salto_cultura_popular_e_educacaoi.pdf. Acesso em 08 out. 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988. São Paulo: Editora Atlas; 1991.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.** Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, jan. 2004.

BRASIL. **O SUS de A a Z Garantindo Saúde nos Municípios**. 3ª ed. Brasília-DF, 2009.

COLLUCCI Cláudia. **Repúblicas do Câncer**. Folha de São Paulo. 9 abr. 2012 C8.

COSTA, Rogério da. **Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v. 9, n. 17, pág. 335-48, mar/ago 2005.

DENZIN, Normam K. LINCOLN. Yvonna S. **The Sage Handbook of Qualitative Research**. 4ª ed. Sage Publication Inc. London, 2000.

FAHEL, Murilo; NEVES, Jorge Alexandre Barbosa. (Org.). **Gestão e Avaliação de Políticas Sociais no Brasil**. Belo Horizonte: PUCMINAS, 2007.

FATTO!. **Henrique Prata** A história e as curiosidades do homem que projetou o nome de Barretos como referência no tratamento de câncer, sem abandonar suas raízes sertanejas. Barretos: Nucleo Graf. Ano 02, ed. 10. 2012.

FOLADORI, Guillermo. **Avanços e Limites da Sustentabilidade Social**. R. paran. Desenv. , Curitiba, n. 102, p. 103-113, jan./jun. 2002.

FOLHA DE S. PAULO. **Hospital de Barretos recorre a bancos para seguir em Rondônia**. Folha de S. Paulo, Sucursal de Ribeirão Preto, caderno Cotidiano, 26 set. 2012 p. C3.

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. **Capital Social e Terceiro Setor: sobre a estruturação das redes sociais e associações voluntárias**. CADERNO CRH, Salvador, n. 30/31, p. 239-264, jan./dez. 1999. Disponível em <http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=238> Acesso em 25 set. 2012.

FRANCISCO, Wagner de Serqueira e. **Economia de Rondônia**. Disponível em <http://www.brasilecola.com/brasil/economia-rondonia.htm>. Acesso em 08 jan. 2013.

GERVÁSIO, Gilmar Vedovoto. Entrevista em 26 jan. 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, José Jairo. **SUS e Descentralização**. Boletim dos Procuradores da República, São Paulo, ano 5, n. 63, p. 12-13, jul. 2003 Disponível em: <http://www2.prmg.mpf.gov.br/producao/artigos/DrJJairo/SUS-Descentralizacao.PDF>. Acesso em 31 out. 2011.

GOVERNO DE RONDÔNIA. Secretaria de Estado da Saúde. **Cartilha de Atendimento do TFD – Tratamento Fora de Domicílio**. Gráfica Exata. Porto Velho. Ago. 2004.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. (Org.) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS – Fundação Pio XII. **O Hospital do Amor**. Barretos/SP, 2011.

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS – Fundação Pio XII. **Quando um Hospital se torna grande demais para ser só nosso**. Barretos/SP. 2012.

HOSPITAL SÃO DANIEL COMBONI. **História do Hospital São Daniel Comboni**. Disponível em <http://www.hospitalsaodanielcomboni.com.br/portal/?p=29>. Acesso em 16 set. 2012.

HOSPITAL SÃO DANIEL COMBONI. **Palavra do Presidente**. Disponível em http://hospitalsaodanielcomboni.com.br/portal/?page_id=133 Acesso em 16 set. 2012.
IBGE. **Resultados divulgados no Diário Oficial da União em 04.11.2010**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/default_resultados_dou.shtm. Acesso em 11 out. 2012.

INCA. **Políticas públicas de saúde**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap3.pdf>, acesso em 31 out. 2011.

KERBER, Juarez José. Venerável da Loja Maçônica Trabalho e Virtude de Colorado do Oeste. Entrevistado em 10 de julho de 2012.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A Construção do Saber – Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas**. Porto Alegre: Artmed, Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEAL, Paulo Fernando da Glória. DIAS, Ingrid Gomes. FIRMIANO, Elisangela Amélia. **Projeto Higiene Social: a Questão da Higiene Pessoal e Ambiental na Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte, set. 2004. Disponível em <https://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude158.pdf> Acesso em 25 abr. 2012.

LIMA, Luciana Dias. **Descentralização e Regionalização na Política de Saúde pós-SUS**. 2009. Disponível em http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12135.pdf Acesso em 19 jun. 2012.

LUCAS Jr, Joaquim. **O Câncer em Rondônia no Brasil e no Mundo**. Disponível em: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/c%C3%A2ncer-em-rond%C3%B4nia-brasil-mundo/id/6405330.html. Acesso em: 11 jun. 2011.

MARTELETO, Regina Maria. **Análise de Redes Sociais – Aplicação nos Estudos de Transferência da informação**. Ci. Inf., Brasília, v. 30, n. 1, p. 71 – 81, jan./abr. 2001. Disponível em <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/226/201> Acesso em jul. 2012.

MARTINS, Paulo Emilio Matos. **Canudos: organização, poder e o processo de institucionalização de um modelo de governança comunitária**. Cadernos EBAPE. BR, v. 5, nº 4, dez. 2007. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/viewFile/5047/3781>. Acesso em 04 out. 2012.

MASSUKADO, Márcia Shizue. **Análise Comparativa de Estratégias Qualitativas de Investigação: possibilidades para a Pesquisa em Turismo**. Turismo & Sociedade, Curitiba, v. 1, n.1, p. 9-27, abril de 2008.

MATOS, Carlos Alberto de. **Os Descaminhos da Implementação do SUS em Rondônia: Contexto de Federalismo Predatório, de Reformas Gerenciais e de Maus Governos na Floresta**. 197 fls. Doutorado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O Sistema Único de Saúde Um Processo Social em Construção**. Texto parcialmente publicado, com autorização da editora, de: MENDES, E.V. Uma Agenda para a Saúde. Hucitec, São Paulo, 1996. 300p. Disponível em http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf. Acesso em 31 ago. 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte, 2005. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/humaniza/material-arquivo/material-de-apoio/REDES%20DE%20ATENCaO%20A%20SAUDE%20-Eugenio%20Vilaca.pdf Acesso em 31 ago. 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2^a ed. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: II. Disponível em <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf> Acesso em 01 set. 2012.

MENEGHETI, Maria Aparecida. Entrevistada em 11 de julho de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html>. Acesso em 06 ago 21012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria GM/MS nº 2439 de 08 dez. 2005**. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria2439.pdf. Acesso em 24 ago. 2012.

MOLINA, Maria Aparecida Salci. **Enfrentando o Câncer em Família**. 248 fl. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de Maringá. Maringá. 2005.

MORAES, Odair Flauzino. Coordenador do HC de Barretos em Vilhena. Entrevista em 13 jul. 2012.

MOTA, Sílvia. **Breves Antecedentes do Direito à Saúde**. Disponível em: <http://www.silviamota.com.br/enciclopediabiobio/dirsauade/dirsauade-antecedentes.htm>. Acesso em 31 out. 2011.

NETO, João Cabral de Melo. **Tecendo a Manhã**. Disponível em <http://www.recantodasletras.com.br/teorialiteraria/2080760> Acesso em 01 set. 2012.

OLIVEIRA, Denise Cristina de *et al.* **A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2008.

OLIVEIRA, Kézia. Entrevistada em 15 de agosto de 2012, via e-mail.

OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em 24 ago. 2012.

OMS. Engaging for Health Eleventh General Programme of Work 2006-2015 A Global Health Agenda. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/GPW_eng.pdf. Acesso em 24 ago. 2012.

PAULUS JR, Aylton. CORDONI JR, Luiz. **Políticas Públicas no Brasil.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf, acesso em 31 out. 2011.

PORTAL BRASIL. **Estados Brasileiros – Rondônia.** Disponível em http://www.portalbrasil.net/estados_ro.htm. Acesso em 23 abr. 2011.

PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA. **História sobre Rondônia.** Disponível em: <http://www.rondonia.ro.gov.br/conteudo.asp?id=180>. Acesso em 27 dez. 2012.

RÔAS, Yuri Alexander dos Santos. REIS, Eliane Josefa Barbosa dos. **Causas e consequências de um estilo de vida sedentário e possibilidades de transformar o conhecimento de hábitos saudáveis em ações práticas e concretas.** EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires – Ano 17 – N° 168 – Maio de 2012. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd168/consequencias-de-um-estilo-de-vida-sedentario.htm> Acesso em 25 mai. 2012.

RODRIGUES, Francisco Vieira. Paciente do HC de Barretos. Entrevista em 09 fev. 2012.

ROMANO, Roberto. O Público e o Privado. HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro Cesar; BARBOZA, Renato. (Org.) **O Público e o Privado na Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2005, páginas 23 – 41.

RONDONIAINFOCO. **Tratamento do Câncer em Rondônia é Desumano.** Disponível em: <http://www.rondoniavip.com.br/noticia/tratamento-de-cancer-em->

rondonia-e-desumano-atesta-diretor-do-hospital-de-barretos.saude.690.html. Acesso em: 20 jul. 2011.

SABOURIN, Eric. **A Ajuda Mútua Rural, Entre Intercâmbio e Reciprocidade**. 1º Encontro da Rede de Estudos Rurais. 04 a 07 de julho de 2006. UFF, Niterói/RJ. Disponível em <http://www.redesrurais.org.br/sites/default/files/A%20AJUDA%20M%C3%9ATUA%20RURAL,%20ENTRE%20INTERC%C3%82MBIO%20E.pdf>. Acesso em 04 out. 2012.

SABOURIN, Eric. **Práticas de Reciprocidade e Economia de Dádiva em Comunidades Rurais no Nordeste Brasileiro**. Universidade Federal de Campina Grande/PB. Revista Raízes – Revista de Ciências Sociais e Econômicas, vol. 20, 2001. Disponível em <http://www.ufcg.edu.br/~raizes/resumo.php?Rg=11&RgArt=26&Vol=20&Num=%FAnico&Dt=2001>. Acesso em 05 out. 2012.

SANTOS, Boaventura Sousa. **A democracia ante o abismo**. Folha de S. Paulo, 30 jan. 2013, p. A3.

SARLET, Wolfgang Ingo. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre. Livraria do Advogado, 1998.

SILVA, Patrícia Fernandes da. WAISSMANN, William. **Normatização, o Estado e a saúde: questões sobre a formalização do direito sanitário**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a24v10n1.pdf>. Acesso em 24 ago. 2012.

SILVA, Paulo Henrique. Jornalista e filho de paciente do HC de Barretos. Entrevista em 03 fev. 2012.

SOARES, Laura Tavares. O Público e o Privado na Análise da Questão Social Brasileira. HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro Cesar; BARBOZA, Renato. (Org.) **O Público e o Privado na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005, páginas 57 – 82.

SOUSA SANTOS, Boaventura. **A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado**. Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado. Pág. 1-17, 2006. Publicação Seriada do Centro de Estudos Sociais do Colégio de São Jerônimo, Coimbra/Portugal. Disponível em <http://formacaoredefale.pbworks.com/f/A+Reinven%C3%A7%C3%A3o+Solid%C3%A1ria+e+Participativa+do+Estado.pdf>

RODRIGUES, Nelson. Política Pública de Saúde: Qual o Rumo? SANTOS, Nelson Rodrigues dos. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

TOMAÉL, Maria Inês; ALCARÁ, Adriana Rosecler; DI CHIARA, Ivone Guerreiro. **Das Redes Sociais à Inovação**. *Ci Inf.* Brasília, v. 34, n. 2, p. 93-104, maio/agosto. 2005.

TOMAÉL, Maria Inês. MARTELETO, Regina Maria. **Redes Sociais: posições dos atores no fluxo da informação**. Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, n. esp., 1º sem. 2006.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas. 1987. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/84708933/Livro-Introducao-a-pesquisa-em-Ciencias-Sociais-Trivinos>. Acesso em 04 jan. 2013.

WARREN, Ilse Scherer. **Das Mobilizações às Redes de Movimentos Sociais**. Sociedade e Estado, Brasília, v. 21, n. 1, p. 109 – 130, jan./abr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/se/v21n1/v21n1a07.pdf>. Acesso em 17 abr. 2012.