



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – FIOCRUZ
AMAZÔNIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA.

HISTÓRIA DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE
DO CÂNCER NO AMAZONAS, 1974 – 2011.

LUCIA REGINA DE AZEVEDO NICIDA

Manaus

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – FIOCRUZ
AMAZÔNIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA.

LUCIA REGINA DE AZEVEDO NICIDA

HISTÓRIA DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE
DO CÂNCER NO AMAZONAS, 1974 – 2011.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, área de concentração História da Saúde e da Doença na Amazônia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt

Manaus

2015

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

N631h	Nicida, Lucia Regina de Azevedo História da Política de Prevenção e Controle do Câncer no Amazonas, 1974 - 2011. / Lucia Regina de Azevedo Nicida. 2015 147 f.: il. color; 31 cm. Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas. 1. História da Saúde. 2. Políticas públicas . 3. Câncer. 4. Instituições Filantrópicas . 5. Amazonas. I. Schweickardt, Prof. Dr. Júlio Cesar II. Universidade Federal do Amazonas III. Título
-------	---

LUCIA REGINA DE AZEVEDO NICIDA

HISTÓRIA DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO
CÂNCER NO AMAZONAS, 1974-2011.

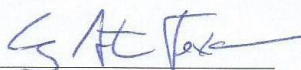
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (CPqLMD-FIOCRUZ) e Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Aprovado em 27 de agosto de 2015

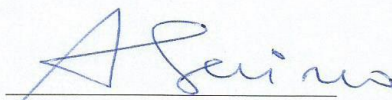
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt (presidente)
Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ)



Prof. Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira (membro)
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/COC)



Prof. Dr. Antônio Levino da Silva Neto (membro)
Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ)

À “Vó Zélia” que precocemente nos deixou, no final década de 1960, acometida por um câncer de estômago Fora de Possibilidade Terapêutica.

AGRADECIMENTOS

Ao Universo que me permitiu a executar e concluir este trabalho e aos valiosos encontros humanos por ele suscitado.

Aos meus pais, Almir (in memoriam) e Luci, pelo exemplo ético e de dedicação ao trabalho. Por superarem limites em prol da minha formação.

Ao meu esposo Laerte Nicida pelo suporte para alçar voos mais altos; as minhas filhas Laura Mie e Lavínia Hanae cúmplices e companheiras, em todos os momentos.

Ao meu amigo Luiz Antônio pelo incentivo e por estar, à anos, pacientemente, ao meu lado. E ao Prof. Dr. Luiz Antônio Teixeira minha admiração pelo grande saber.

A minha irmã Ana Lucia, ao meu cunhado Paulinho, aos meus sobrinhos e a todos os meus familiares e amigos pelo apoio.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt pela autonomia, e por dividir o seu saber e sua experiência sobre a temática amazônica.

Ao Daniel Sacramento pela solicitude no esclarecimento sobre a interpretação de dados, e aos demais colegas da turma do mestrado pela parceria, em tempos de “Análises Ecológicas” e do “Teste Qui Quadrado”.

Ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas e do Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Manaus pela excelência acadêmica.

A CAPES, que permitiu que eu me dedicasse exclusivamente a esse trabalho.

A Renata, a Rose, ao Sr. Ycaro e demais funcionários do ILMD pelo profissionalismo, eficiência e acolhimento.

A Dra. Kátia Torres, a Jôse, ao Rubens, a Nayara e aos demais funcionários da FCECON, da LACC e do DPCC pela gentileza, pela boa vontade, pelas intermediações e disponibilização de fontes.

Aos entrevistados por compartilharem suas experiências de vida.

Ao Prof. Me. Marcos André e aos amigos da pedagogia da UEA que se fizeram presentes nessa trajetória.

A todos que contribuíram na coleta de dados e que de alguma maneira possibilitaram a execução e conclusão deste projeto.

RESUMO

No estado do Amazonas, o câncer tem alcançado índices preocupantes tanto em relação à incidência quanto à mortalidade, favorecendo o surgimento de políticas eficazes de prevenção e controle da doença. Nesse sentido, torna-se fundamental compreendermos, que a produção histórica sobre as políticas de saúde, dirigidas ao enfrentamento da doença, podem contribuir para o entendimento dos modelos assistenciais que têm sido adotados, das relações políticas que têm sido estabelecidas e como tem se dado a interlocução entre as diferentes esferas políticas. Consideramos, ainda, que o conhecimento histórico em muito tem a contribuir na luta contra o câncer, pois além de nos permitir garantir o registro e a memória daquilo que já foi vivido e experimentado, nos possibilita também, compreender as ações que já integraram as políticas de controle. Desse modo, podemos perceber possíveis caminhos para o alcance de resultados mais positivos em relação a prevenção e controle. Dentro desta perspectiva, esta dissertação discorrerá sobre a “Política de Prevenção e Controle do Câncer no Amazonas, 1974 – 2011, tomando como objeto de estudo o Centro de Controle de Oncologia – CECON”. Para tal, embasamos nossa análise em leis, decretos e relatórios relativos a políticas de saúde da região; e na pesquisa de história oral, onde utilizamos um instrumento com um roteiro de perguntas, que foi aplicado com atores identificados com a história da Instituição. O trabalho se divide em quatro capítulos, dos quais três deles se referem especificamente aos objetivos propostos. Um capítulo que analisa como as políticas públicas referentes ao câncer foram aplicadas no estado do Amazonas, a partir desta instituição de referência, outro capítulo, onde analisamos o processo de estabelecimento das políticas públicas referentes à prevenção e ao controle do câncer do colo do útero, no Estado do Amazonas e no último capítulo com a apreciação e análise da atuação de duas instituições filantrópicas: Liga Amazonense Contra o Câncer/AM e Rede Feminina de Combate ao Câncer/AM, que realizam atividades de suporte aos serviços prestados pela FCECON. Por fim, o estudo da política do câncer no Amazonas a partir da história da FCECON nos conduziu a análises mais abrangentes trazendo-nos a confirmação de que a história da política de saúde local tem estreita ligação com a história da política de saúde nacional, e que se apresenta como resultado da realidade vivida no momento de sua formulação, mas também como resultado das ações do passado que interagem e dão a dinâmica do Sistema.

Palavras Chaves: História da Saúde –Políticas públicas - Câncer - Instituições Filantrópicas - Amazonas

ABSTRACT

In the state of Amazonas, the cancer has reached alarming rates both in terms of incidence and mortality, favoring the emergence of effective policies to prevent and control the disease. In this sense, it is essential we understand that the historical production on health policies, aimed at fighting the disease, can contribute to the understanding of care models that have been adopted, the political relations that have been established, as has occurred the dialogue between the different political spheres. We consider also that the historical knowledge has much to contribute to the fight against cancer, as well as allowing us to ensure the registration and the memory of what has been lived and experienced, enables us also to understand the actions that have already integrated policies control. Thus, we can see possible ways to achieve more positive results in relation to prevention and control. From this perspective, this dissertation will talk on "Cancer Prevention and Control Policy in Amazonas, 1974 - 2011", taking as object of study the Oncology Control Center – CECON". To do this, we base our analysis on laws, decrees and reports on health policy in the region; and oral history research, where we use an instrument with a set of questions, which was applied with actors identified with the history of the institution. The work is divided into four chapters, of which three of them refer specifically to the proposed objectives. A chapter that looks at how public policies related to cancer have been applied in the state of Amazonas, from this renowned institution, another chapter, where we analyze the process of establishing public policies on the prevention and control of cervical cancer, in the state of Amazonas and the last chapter with the appreciation and analysis of the performance of two philanthropic foundations: Amazonense League Against Cancer / AM and Women's Network Against Cancer / AM, which perform support activities to the services provided by FCECON. Finally, the study of the Amazon cancer policy from the history of FCECON led us to more comprehensive analyzes bringing us confirmation that the history of local health policy is closely linked to the history of the national health policy, and which presents itself as a result of the reality at the time of its formulation, but also as a result of past actions that interact and give the dynamics of the system.

Keywords: History of Health - Public policies - Cancer - Philanthropic foundations - Amazonas

Sumário

INTRODUÇÃO	9
<i>A opção pelo tema e objetivos.....</i>	<i>10</i>
<i>Metodologia e fontes</i>	<i>12</i>
<i>Estrutura da dissertação</i>	<i>16</i>
CAPÍTULO I – <i>Histórias e conceitos que permeiam nosso estudo.....</i>	<i>18</i>
<i>História da política de saúde no Brasil</i>	<i>18</i>
<i>Historia do câncer no Brasil.....</i>	<i>20</i>
<i>História da saúde no Amazonas.....</i>	<i>23</i>
CAPÍTULO II – <i>Fundação Centro de Controle de Oncologia - AM: criação e trajetória.....</i>	<i>31</i>
<i>Criação do CECON</i>	<i>31</i>
<i>Os primeiros anos do CECON – desafios para o funcionamento.....</i>	<i>39</i>
<i>Sobre o quadro médico da cidade.....</i>	<i>41</i>
<i>Sobre os recursos financeiros</i>	<i>43</i>
<i>Programas e Ajustes anteriores ao Sistema Único de Saúde</i>	<i>48</i>
<i>Programas e Ajustes posteriores ao Sistema Único de Saúde.....</i>	<i>54</i>
CAPÍTULO III – <i>Viva Mulher: Prevenção e controle do câncer do colo do útero no Amazonas.....</i>	<i>66</i>
<i>A implantação do Programa</i>	<i>66</i>
<i>Descentralização de ações e serviços</i>	<i>70</i>
<i>Rastreamento – Exame citopatológico.....</i>	<i>77</i>
<i>Seguimento da Mulher - SISCOLO</i>	<i>87</i>
<i>Supervisão do Programa.....</i>	<i>90</i>
<i>A Nova Fase de Intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino em 2011.....</i>	<i>93</i>
CAPÍTULO IV – <i>Instituições filantrópicas voltadas para o câncer em Manaus</i>	<i>95</i>
<i>Criação da Liga Amazonense Contra o Câncer</i>	<i>95</i>
<i>Criação da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas</i>	<i>99</i>

<i>Sobre o funcionamento da LACC e da RFECC-AM</i>	<i>106</i>
<i>CONCLUSÃO</i>	<i>118</i>
<i>ANEXO</i>	<i>124</i>
<i>A – Mapa do Estado do Amazonas.....</i>	<i>124</i>
<i>B – Área atendida pelo Barco Zona Franca Verde.....</i>	<i>125</i>
<i>C - Investimentos na Segunda Fase de Intensificação do Programa Viva Mulher – PNCCCUM .</i>	<i>126</i>
<i>D – Exames Citopatológicos, 2003/AM</i>	<i>127</i>
<i>E – Diploma de filiação da LACC a Sociedade Brasileira de Cancerologia</i>	<i>128</i>
<i>F - Carta da Sr^a. Carmem Prudente à Sr^a Marlene Braga.....</i>	<i>128</i>
<i>G – Foto de participação da RFECC/AM no encontro da RFNCC – 1976.....</i>	<i>129</i>
<i>H – Foto de participação da RFECC/AM no encontro da RFNCC – 1978.....</i>	<i>129</i>
<i>I – Foto de participação da RFECC/AM no encontro da RFNCC – 1980</i>	<i>130</i>
<i>J – Foto de participação da RFECC/AM no encontro da RFNCC – 1982.....</i>	<i>130</i>
<i>K – Foto de participação da RFECC/AM no 1º Congresso da RFNCC – 1996.....</i>	<i>131</i>
<i>REFERÊNCIAS</i>	<i>132</i>
<i>Fontes Documentais.....</i>	<i>132</i>
<i>Documentos Oficiais</i>	<i>132</i>
<i>Jornais.....</i>	<i>139</i>
<i>Bibliográficas.....</i>	<i>139</i>
<i>Entrevistas.....</i>	<i>145</i>
<i>APÊNDICE</i>	<i>146</i>
<i>A - Galeria de diretores da FCECON.....</i>	<i>146</i>
<i>B - Galeria de diretores da LACC</i>	<i>146</i>
<i>C - Galeria de diretores da Rede Feminina</i>	<i>147</i>

INTRODUÇÃO

Dentre os inúmeros desafios que envolvem as questões relativas à saúde encontraremos aqueles que se referem a ações que possibilitam a prevenção, redução e controle dos casos de câncer. Doença considerada um grande problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento, que apesar dos avanços científicos ocorridos no século XX, ainda desperta um grande temor na população.

A crescente incidência dos casos de câncer em grande parte do mundo faz com que diversos países busquem, cada vez mais, adotar medidas efetivas de prevenção na atenção básica e atenção especialidade (relacionada ao diagnóstico precoce) para reduzir os números de novos casos, assim como medidas de controle e redução das taxas de mortalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cerca de 40% das mortes por câncer poderia ser evitada, o que transforma as estratégias de prevenção num importante componente em qualquer plano de controle do câncer (INCA, 2012).

Outro aspecto que merece um cuidado acurado, diz respeito às análises e às ações realizadas em países de baixa e média renda uma vez que, segundo dados do GLOBOCAN - Programa de Controle do Câncer da OMS, mais de 70 % das mortes por câncer ocorreram nesses países (WHO, 2013). Considerando-se somente as mortes por doença, as neoplasias representam a segunda causa de morte em todas as regiões do Brasil (INCA, 2011). Na região Norte ela tem alcançado índices muito preocupantes principalmente aqueles que se referem ao câncer do colo do útero, ao câncer de pele, ao câncer de estômago e ao câncer de mama.

Tomando como exemplo o câncer de colo do útero, quanto a sua taxa de mortalidade, a região Norte apresentou uma taxa padronizada pela população mundial de 10,2 mortes por 100.000 mulheres, em 2011; valores que são os maiores do Brasil (INCA, 2013b). Quando observada a taxa de mortalidade ajustada, apenas no estado do Amazonas, o valor apresentado é de 16,46/100 mil (INCA, 2013a); enquanto a taxa ajustada no estado de Minas Gerais (menor taxa ajustada do país) é de 2,92/100 mil (INCA, 2013a). Isso evidencia uma disparidade de taxas, revelando diferenças inter-regionais no padrão de morbimortalidade da população.

O fato observado se torna ainda mais grave quando o analisamos sob a perspectiva referente aos casos de câncer de colo de útero, que como uma doença de caráter progressivo, até evoluir para um processo invasor, pode levar um período que varia entre 10 e 20 anos

(BRASIL, 2006). Tempo que deveria ser suficiente para que a paciente recebesse os cuidados necessários a fim de que o seu óbito fosse evitado e se garantisse uma vida longa e saudável.

Inclui-se ainda, neste panorama, que além dos problemas concernentes à própria doença, acrescentam-se outros relativos a características únicas do estado do Amazonas onde se inclui a diversidade de seu ambiente natural e de desigualdades sociais. Estas características aparecem como condicionantes e determinantes quando se pensa nas ações que serão implementadas na região, em relação à mobilização da população para proceder à prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença.

Nesse sentido, a produção histórica sobre as políticas de saúde, dirigidas ao enfrentamento da doença, podem contribuir para o entendimento dos modelos assistenciais que têm sido adotados, das relações políticas que têm sido estabelecidas e como tem se dado a interlocução entre as diferentes esferas políticas. Consideramos, ainda, que o conhecimento histórico em muito tem a contribuir para o controle do câncer, pois além de nos permitir o registro e a memória daquilo que já foi vivido e experimentado, nos possibilita também, compreender o sentido das ações que já integraram as políticas de controle em outros momentos. Desse modo, podemos perceber possíveis caminhos para o alcance de resultados positivos em relação à prevenção e controle.

Assim, com o objetivo de compreender essa realidade, a presente pesquisa pretende responder a seguinte questão: como se configurou o processo de estabelecimento das políticas públicas referentes ao câncer no estado do Amazonas, tomando como referência a Fundação Centro de Controle de Oncologia – FCECON, no período compreendido entre os anos de 1974 e 2011.

A opção pelo tema e objetivos

A década de 1980 foi marcada pelo início de transformações como aquelas suscitadas pela promulgação da Constituição do Brasil trazendo um crescimento do volume de estudos e de políticas sociais voltadas ao atendimento das necessidades da sociedade brasileira, principalmente no que diz respeito aos itens de igualdade de direitos, saúde e segurança. Na área da saúde, que é o foco dos nossos estudos, observa-se o desenvolvimento de várias ações, com destaque para aquelas que tratam da prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, doença que a partir de meados do século XX passa a ser incorporada como problema de saúde pública (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Segundo os estudos e informações fornecidos pelo INCA o risco de câncer estaria associado diretamente às características biológicas e de comportamento dos indivíduos assim como as condições sociais, ambientais, políticas e econômicas a eles relacionados (INCA, 2012). Desta forma, desenvolver estudos que ampliem a compreensão sobre estas condições em muito tem a contribuir para a concretização de uma situação mais favorável para população em relação à prevenção e controle do câncer.

Partindo do fato de que no estado do Amazonas não encontramos registros de estudos anteriores que abordem o tema na perspectiva histórica, como proposto por este trabalho, consideramos que podemos somar esforços nessa empreitada. E dialogar com as pesquisas nacionais nessa área, como as desenvolvidas pelo projeto História do câncer – atores, cenários e políticas públicas, da Casa Oswaldo Cruz (COC) em parceria com o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva.

Embora a história da temática do câncer no estado do Amazonas se inicie com a Liga Amazonense de Combate ao Câncer - LACC, em 1955; a escolha da Fundação Centro de Controle de Oncologia – FCECON se justifica pelo fato de que é a partir da sua criação que as políticas públicas de controle do câncer, no estado, passam a ser realizadas por uma instituição de referência.

De forma mais específica, a opção pelo tema se justifica pela constatação da importância de se estudar como as políticas públicas referentes ao câncer foram aplicadas na região, a partir desta instituição de referência. Com os estudos históricos que relacionam a região e a nação, buscando compreender a inter-relação das políticas públicas de saúde.

Justifica-se ainda pela intenção de contribuir na preservação de registros e de importantes elementos constitutivos da memória e da história da saúde da região, reconstituir dados e informações sobre a história do câncer do Amazonas. Convergindo com a linha de pesquisa que tem tratado da história das instituições de saúde e das políticas de saúde no estado do Amazonas e na Amazônia, realizadas no âmbito do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA, do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD / Fiocruz Amazonas.

Esta perspectiva se relaciona ao trabalho que foi desenvolvido por Schweickardt (2011) que apontou para questão de que a desigualdade econômica e social existente na região atuava como fator que contribuía para que a ocorrência de doenças ¹ fosse mais frequente entre a parcela da população menos favorecida, ratificando a intenção deste trabalho como

¹ Em que o autor concentra seus estudos em doenças como a malária e a febre amarela.

relevante fator a ser analisado. Confirmando a necessidade apontada pela presente proposta de identificação dos personagens locais e suas ações no que se refere ao estabelecimento das políticas de saúde pública no estado. Descortinando as nuances presentes no cotidiano amazônico, quando em perspectiva com o cotidiano da realidade nacional.

Em relação ao recorte cronológico, a data de início tem como referência o ano de criação da FCECON. Instituída como Centro de Controle de Oncologia, em 25 de junho de 1974, criação que esteve relacionada à necessidade de implantação, no estado do Amazonas, do Plano Nacional de Controle do Câncer (AMAZONAS, 1974a). Um projeto do governo federal que buscou dar maior atenção ao câncer no país, a partir do equipamento de hospitais públicos e privados e treinamento de pessoal técnico. O ponto de chegada de nosso trabalho se refere ao ano de 2011, quando é lançado o Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, pelo governo federal (INCA, 2011).

Para tanto estabelecemos como objetivo geral da pesquisa analisar o processo de estabelecimento das políticas públicas referentes ao câncer no estado do Amazonas, tomando como referência a Fundação Centro de Controle de Oncologia – FCECON, no período compreendido entre os anos de 1974 e 2011. E de forma específica: 1 - compreender a política de prevenção e controle do câncer no Amazonas e sua relação com o Programa Nacional de Controle do Câncer (década de 1970) e o lançamento do Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, em 2011; 2 - investigar o contexto da política local e os movimentos sociais que contribuíram com a criação e desenvolvimento do Centro de Controle de Oncologia e 3 - investigar as medidas de descentralização da política de prevenção e controle do câncer no Estado do Amazonas.

Metodologia e fontes

A metodologia adotada foi de natureza qualitativa e o ponto de partida da pesquisa foi à pesquisa bibliográfica para a fundamentação da temática investigada, registrando e aprofundando as questões relativas às políticas e medidas de prevenção e controle do câncer no território nacional e suas diretrizes de aplicação nas diferentes regiões do país. Buscamos situá-las historicamente e relacioná-las com as políticas e medidas de prevenção e controle do câncer no Amazonas.

Foram pesquisadas referências bibliográficas sobre o tema, a citar: a história da saúde pública e a história do câncer, em especial aquelas realizadas por Institutos de pesquisa, tais como: o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva - para aprofundamento dos conceitos relativos a doença, das políticas por ele formuladas, e especialmente em relação ao embasamento dos dados epidemiológicos, e a Fundação Oswaldo Cruz – nos trabalhos que lançam um olhar histórico para as questões referentes ao câncer no Brasil.

Sobre a abordagem regional mais específica, a pesquisa partiu do estudo de uma bibliografia que tratava o tema da saúde no contexto do espaço amazônico, objetivando um maior aprofundamento das questões que envolvem a compreensão da inter-relação entre as políticas nacionais e as especificidades regionais. Embora muitas vezes tratando de doenças e períodos distintos, esta bibliografia compôs o quadro analítico que serviu de referência para a construção do presente trabalho.

Para a investigação do nosso objeto em si, concentramos na análise documental: de leis, decretos e portarias que envolviam a política de saúde pública regional. Além de fotos, correspondências, programas, diagnósticos e relatórios da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, do Departamento de Prevenção e Controle do Câncer e do Departamento de Comunicação da FCECON, da Liga Amazonense Contra o Câncer e da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas. E destacamos que em relação aos materiais que não estavam disponibilizados em versão digitalizada, sempre mediante autorização prévia do responsável, os mesmos foram fotografados através do smartphone “Samsung Galaxi Pocket Neo” ou scaneados através de scanner portátil “Scanersmart” de propriedade da pesquisadora, a fim de preservar as informações identificadas.

A pesquisa documental para a coleta de dados e obtenção de documentos oficiais relativos e políticas de saúde da região voltada para a prevenção e controle do câncer foi realizada nos arquivos da Imprensa Oficial do Estado do Amazonas – IO-AM e no site da referida instituição, endereço eletrônico - <http://diario.imprensaoficial.am.gov.br/diariooficial/consultaPublica.do>; no Arquivo Público do Estado do Amazonas; na Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM; na Biblioteca Pública do Amazonas; na Biblioteca da FCECON; nos arquivos da Liga Amazonense Contra o Câncer e nos arquivos da Rede Feminina de Combate ao Câncer do Amazonas.

Foi realizada uma busca por reportagens referentes ao tema no jornal “A Crítica”, a fim de possibilitar o cruzamento de informações. No projeto de pesquisa havíamos

estabelecido como período de busca: o ano de 1974 – por ser o ano de criação do CECON, o ano de 1989 – quando o Centro se torna Fundação, o ano de 1994 - ano que a Fundação é reconhecida como hospital de alta complexidade, o ano de 2005 - ano em que o controle do câncer é afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica e o ano de 2011 - ano em que ocorre o lançamento em Manaus do Programa de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama, que estavam disponíveis no Instituto Geográfico e Histórico do Amazonas – IGHA. Contudo, como o volume de outras fontes documentais, que necessitavam ser analisadas, superou a nossa expectativa inicial, e considerando que o tempo para a conclusão desta pesquisa não seria suficiente, optamos por nos deter a investigação do período de 1974, período que a obtenção de outras fontes para investigação se fazia mais escasso, e não demos prosseguimento a coleta de fontes de jornal nos outros períodos.

Foram pesquisadas as edições compreendidas entre os meses de junho a dezembro de 1974 onde foram encontradas 09 reportagens relativas ao tema. Nota-se um número reduzido de reportagens, contudo podemos dizer que embora a pesquisa no jornal não tenha sido significativa em relação às informações sobre o nosso tema, nos serviu para nos aproximar da dinâmica vivida pela cidade naquele momento. As reportagens também nos fizeram perceber, através do formato apresentado, que o interesse que se destacava na época era o de valorização da presença e da atuação pessoal de autoridades nos eventos. Entendemos que isso se relacionava ao momento político vivido pelo país e pelo controle que se fazia das informações a serem veiculadas.

Exemplo disso pode ser verificado através do próprio título das reportagens encontradas, em que no total de 09; 05 delas apresentavam essa característica citada, como destacamos a seguir:

- Em 06 de dezembro, 1ª página – “Paulo Machado inaugura Hospital do Câncer”, e na página 2 do 1º caderno – “Paulo Machado vem inaugurar Hospital do Câncer”;
- 15 de dezembro, página 3 do 1º caderno – “Paulo Machado de volta a Manaus dia 21”;
- 16 de dezembro, página 2 do 1º caderno – “Centro de Câncer terá Ministro na inauguração”;
- 22 de dezembro, página 2 do 1º caderno - “Ministro inaugura CECON”.

Na foto colocada na primeira página do jornal noticiando a inauguração do Centro o destaque, mais uma vez, é a autoridade e nenhum registro visual da Instituição ou de suas dependências foram encontradas. Assim como as outras fontes documentais essas reportagens foram fotografadas através do smarthphone e do scanner anteriormente citados.



Figura 1 - Reportagem inauguração do CECON.

Fonte: MINISTRO, 1974, p.1.

Acrescentando mais um aspecto em relação à coleta de dados e ao cruzamento de fontes foi de fundamental importância para a complementação das informações, muitas vezes ausentes nos documentos estudados, as entrevistas realizadas com atores identificados com a história da Instituição. Para tanto, utilizamos como instrumento um roteiro de perguntas, e tendo sido aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa, parecer consubstanciado sob o número 708.316, de 03 de julho de 2014, pela unidade Fundação Universidade do Amazonas – FUA (UFAM) as entrevistas foram gravadas, em áudio,

através do mesmo smathphone utilizado para as fotografias, e como garantia também por um minigravador portátil, devidamente autorizada pelo entrevistado através da leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e por eles assinado.

O objetivo da gravação foi a preservação as informações que foram colhidas, assim como evitar uma possível perda em caso de anotação simultânea, ou esquecimento em caso de anotação posterior. Foram entrevistados (em ordem alfabética): o advogado – Hildeberto Corrêa Dias, os médicos – João Bosco Lopes Botelho e Manoel Jesus Pinheiro Coelho, a enfermeira - Marília Muniz Cavalcante de Oliveira e a empresária - Marlene Souza Braga.

Cabe ainda mencionar que estas entrevistas também serviram de suporte para a identificação de atores e momentos significativos que envolveram o período estudado, encontrados em fotos que fizeram parte desta história de construção e trajetória das ações de prevenção e combate do câncer no Estado.

Uma vez adotados os critérios metodológicos expostos, nossa intenção foi a de desenvolver uma análise baseada na abordagem hermenêutica onde a compreensão “implica a possibilidade da interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Mas compreender acaba sempre sendo compreender-se” (MINAYO, 2008, p. 337). A análise dos acontecimentos investigados perpassa pela constatação de que eles “são governados por uma profunda conjunção interna da qual as pessoas não são completamente independentes, na medida em que são penetrados por ela de todos os lados” (MINAYO, 2008, p. 331). Esta abordagem foi conjugada ao método dialético, com a intenção de trazer a criticidade que nos permitisse identificar os conflitos e as contradições existentes. Desta forma conferirmos ao estudo um caráter representativo da dinâmica e dos múltiplos fatores que compunham o tema, assim como a compreensão e entendimento dos aspectos da realidade estudada, suas contradições e peculiaridades.

Estrutura da dissertação

O trabalho se divide em 04 capítulos. Iniciamos nossa pesquisa com o capítulo: “Histórias e conceitos que permeiam nosso estudo”, em que procuramos apresentar um quadro geral do aporte teórico de nosso trabalho, e das pesquisas de caráter histórico relativos ao tema do câncer, no Brasil. Do mesmo modo que referenciar os estudos que foram fundamentais para nossa aproximação com o tema no nível local, e com as políticas de saúde em um período que antecedeu a criação do CECON.

O capítulo II: “Fundação Centro de Controle de Oncologia – AM: criação e trajetória”, analisa como as políticas públicas referentes ao câncer foram aplicadas no estado do Amazonas, a partir desta instituição de referência. Contribuindo com os estudos que relacionam a região e a nação, buscando compreender a inter-relação de políticas públicas de saúde.

No terceiro capítulo, intitulado: “Viva Mulher: prevenção e controle do câncer do colo do útero no Amazonas”, no qual analisamos o processo de estabelecimento das políticas públicas referentes à prevenção e ao controle do câncer do colo do útero, no Estado do Amazonas, concentrando nossa pesquisa no processo de descentralização dos serviços e ações e no rastreamento através do exame citopatológico – Papanicolau.

E no quarto capítulo: “Instituições filantrópicas voltadas para o câncer em Manaus”, em que finalizamos nosso trabalho com a apreciação e análise da atuação de duas instituições: A Liga Amazonense de Combate ao Câncer e a Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas. Instituições essas que realizam atividades de suporte as atividades da FCECON e de fortalecimento das ações de prevenção e combate a doença no Estado.

.

CAPÍTULO I – Histórias e conceitos que permeiam nosso estudo

Uma pesquisa de caráter histórico que tem como ponto central o estudo da criação de políticas públicas tendo como objeto a trajetória de uma Instituição traz o desafio da interpretação e compreensão da história de atores, conceitos e contextos que formam uma complexa rede. A Instituição FCECON tem uma atuação que atinge uma ampla área geográfica e dialoga com diferentes esferas políticas, portanto exigiu um trabalho de apreciação e compreensão da inter-relação que se estabelece entre a história local, regional e nacional e os estudos e pesquisas que tem sido desenvolvido na nossa área de estudo.

História da política de saúde no Brasil

O conceito de saúde no qual estamos ancorados se relaciona com um longo processo que envolve discussões, lutas, conquistas, avanços e retrocessos que marcam a interação entre ideias do passado e do presente. Esse conceito esteve presente na pauta de discussão do movimento sanitário brasileiro, que envolvia aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais que influenciaram posições e ações. A concepção de saúde também perpassa pelo exame do crescimento do estado moderno, e onde a saúde se configurou como um de seus pilares (PORTER, 1999).

Neste sentido vemos que os processos sociais que serão investigados pela pesquisa e a dinâmica que envolve a discussão política sobre o tema, em muito estarão ligados ao que sugere o conceito de saúde entendida como estado de bem-estar físico, mental e social. Essa noção se fará presente de forma frequente quando nos debruçamos sobre o estudo da história da saúde no Brasil, e nas discussões referentes a doenças que são consideradas como problema de saúde pública.

Para compreendermos processo de estabelecimento das políticas de saúde, fazemos referência ao trabalho: “Política de Saúde: Uma Política Social”, de Sonia Fleury e Assis Mafort Ouverney (2008) uma vez que no período a ser estudado o câncer era entendido como um problema coletivo. Os autores apresentam a relação existente entre política de saúde e política social, com o objetivo de melhoria das condições sanitárias de uma determinada coletividade. Tal consideração, por sua vez, está ligada intrinsecamente a outras considerações, a destacar aquela em que sustenta a premissa de que uma das condições para que um indivíduo seja um cidadão, está relacionada ao fato de que suas necessidades estejam

plenamente atendidas. No texto, os autores discutem o conceito de cidadania, seu processo de construção histórica, seus elementos constitutivos. Em um segundo momento é possível observar de forma concreta aquilo que tem permeado a construção dessas políticas de saúde e como elas se desenvolvem assim como a sua forma de gestão (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Nosso estudo, também abordará a estruturação dos sistemas públicos de saúde, já que ao trabalhar com a trajetória da instituição, esse processo de construção histórica perpassa pela estruturação vivida pelo sistema de saúde brasileiro. Nesse aspecto destacamos o estudo de Lobato e Giovanella (2008) que entende que o conjunto de relações de diferentes setores da sociedade: político, econômico e institucionais que atuarão como “responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p.121).

Outro estudo que incorpora esta linha de análise histórica é o trabalho “A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica”, de Lima, Fonseca e Hochman (2005) apresentando uma reflexão sobre o processo de construção das políticas de saúde no Brasil, a partir do período da Primeira República a até o início da década de 1960, quando se instala a ditadura militar. Nele percorremos um caminho em que é possível observar e identificar as contribuições dos movimentos ocorridos neste período, para que na segunda metade da década de 1970 viesse a eclodir o movimento sanitário, cujas ideias serão incorporadas na base de construção da Constituição de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O artigo referido incorpora a publicação de Lima, Gerschman, Edler e Suárez, intitulada “Saúde e Democracia: história e Perspectiva do SUS” (2005), da qual utilizaremos um segundo artigo “As Origens da Reforma Sanitária e do SUS”, onde os autores Escorel, Nascimento e Edler fazem uma análise específica deste processo, tomando como foco o período compreendido entre a primeira fase do regime militar até o fim desse ciclo, em 1985, quando o governo retorna ao comando civil, na chamada transição democrática.

O corte cronológico estabelecido atravessa e caminha junto com o processo de estabelecimento do SUS e que de forma direta interferirá na trajetória percorrida pela Instituição estudada suscitando a adoção de mudanças, adaptações e ajustes, muitos deles ainda em construção. E para compreensão dessa dinâmica outra importante referência foi “O que é o SUS” de Jairnilson Silva Paim (2008), que contribui com a análise da construção do

Sistema como um processo permanente, e como tal os problemas enfrentados, as conquistas alcançadas e os desafios a serem transpostos.

O percurso por nós escolhido tem a intenção de proporcionar uma compreensão que parte de uma perspectiva ampla dos movimentos que serão analisados em relação à política e diretrizes nacionais e relacioná-las aos assuntos concernentes ao câncer, seus desdobramentos e implicações no estado do Amazonas, através da atuação da FCECON.

Historia do câncer no Brasil

Passando para a análise específica da história do câncer no Brasil, contribuíram de forma fundamental para a elaboração da nossa análise, as pesquisas realizadas no âmbito do projeto História do câncer – atores, cenários e políticas públicas, da Casa Oswaldo Cruz (COC) em parceria com o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. A ampla produção de trabalhos como artigos científicos, livros, teses e exposições relacionadas ao tema, tem contribuído com discussões não só junto aos especialistas, quanto em relação ao público em geral, que como veremos ao longo desta análise se constitui em um importante pilar para o enfrentamento da doença.

Relacionado ao projeto citado destacamos as obras do historiador Luiz Antônio Teixeira, dentre as quais: o livro “De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil”, escrito em parceria com, a também historiadora, Cristina Oliveira Fonseca (2007); e o segundo: “O Câncer no Brasil: Passado e Presente”, escrito juntamente com os médicos Marco Antônio Porto e Claudio Pompeiano Noronha (2012). Somam-se ainda mais dois artigos também de Teixeira, “O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX”, do ano de 2010, e “Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória”, publicado em 2012.

No primeiro livro, os autores apresentam o processo histórico que envolveu o estabelecimento de políticas públicas de saúde no Brasil, e dentro delas as políticas e programas voltados para o câncer e o seu relacionamento com a trajetória institucional do INCA frente aos desafios que foram sendo enfrentados em cada conjuntura que se apresentava. Destacam ainda a atuação de algumas personalidades que terão importância fundamental para a criação e consolidação do INCA como centro de referência nacional e que atualmente representa um modelo de cogestão que tem trazido benefícios ao seu funcionamento. Eles fazem uma análise da história social da doença; e sobre o processo de

como o câncer passa ser visto como um problema médico. Fazem também a relação do câncer como a esfera internacional, incluindo os modelos e os conceitos do campo da saúde pública. Também analisam a conjuntura que envolvia o estabelecimento de instituições para o tratamento do câncer (incluindo os institutos de radioterapia) e de instituições filantrópicas também relacionadas à doença (TEIXEIRA; FONSECA, 2007). O livro nos permite estabelecer correspondências com a nossa proposta de análise no que tange ao estabelecimento das políticas públicas voltadas para o câncer, no Estado do Amazonas, e sua relação como trajetória histórica da FCECON, que hoje é tida como referência de tratamento.

No segundo livro citado, os autores trazem importantes informações e análises sobre a história do câncer em nosso país, contribuindo assim para a disseminação de conhecimentos relativos a esta área. A disseminação é fundamental para que as barreiras que envolvem a sua prevenção e controle sejam efetivamente rompidas e dessa forma consigamos reverter às altas taxas de incidência encontradas. Neste livro, os autores também analisam os avanços e as transformações concernentes ao conhecimento e ao tratamento da doença e como se dá a inserção dos médicos brasileiros nessa área de conhecimento. E por fim, discutem a mudança da percepção social da doença, ocorrida no século XX, e o processo que leva o câncer a ser incluído como objeto de políticas públicas (TEIXEIRA; PORTO, NORONHA, 2012).

O estudo de Teixeira, Porto e Noronha (2012) nos possibilita compreender a estreita relação entre os regimes políticos vigentes em cada época e como isso interferirá nas políticas concernentes ao câncer. Também se destaca na obra a análise da situação da doença hoje e a identificação de seus fatores de risco e procedimentos para a sua prevenção, adentrando pela discussão sobre as principais políticas e programas de controle da doença, conhecimento que ratificamos como de fundamental importância para a realização deste projeto.

Em relação ao artigo sobre o controle do câncer na primeira metade do século XX, embora não se insira no corte cronológico de nossa pesquisa. O artigo se torna importante para a compreensão do processo histórico que envolve a mudança sobre a percepção da doença no país, as ações adotadas e os serviços criados para o seu enfrentamento. Trata sobre o contexto internacional, que nos anos de 1910 sinalizam com a introdução de novas tecnologias, como a radioterapia, influenciando o posicionamento dos médicos brasileiros que também será um dos aspectos analisados no artigo. A sua análise inicia um período em que a cancerologia encontrava-se próxima da dermatologia, com a criação do primeiro serviço público direcionado para os pacientes com câncer, o Instituto de Radiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; Teixeira (2010) atravessa sua análise por vários momentos desta história: A Inspetoria de Profilaxia da Lepre e das Doenças Venéreas como responsável pelo

estabelecimento das estatísticas sobre os óbitos por câncer, o surgimento das primeiras organizações sociais, com a criação das ligas contra o câncer, a divulgação da eletrocirurgia pelo médico Mario Kroeff, até a criação do Serviço Nacional do Câncer (TEIXEIRA, 2010).

Sobre a temática desenvolvida no segundo artigo, Teixeira (2012) inicia a sua análise no período subsequente ao do artigo anterior, mais especificamente nos anos de 1940 com o contexto de criação do Serviço Nacional do Câncer; a seguir analisa as ações estatais que marcam os anos de 1960, quando com a instalação da ditadura militar teremos a ampliação da compra de serviços privados em clínicas e hospitais; num momento político que já apresentava diferenças. Analisa as propostas trazidas com a criação do Programa Nacional de Controle do Câncer, em 1973, e finaliza com o estudo sobre a década de 1980, com as transformações que serão consolidadas através da Constituição de 1988, a criação do Sistema único de Saúde e as que irão ocorrer no Instituto Nacional do Câncer (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012). As análises encontradas nos dois artigos acima citados vem ratificar aquelas desenvolvidas nos dois livros já apresentados, nos permitindo uma melhor apreensão dos conhecimentos abordados.

Para compreensão das estratégias relacionadas ao câncer de colo uterino, que será alvo de estudo no nosso terceiro capítulo, destacamos a tese de doutorado de Vanessa Lana: “Ferramentas, práticas e saberes: a formação de uma rede institucional para a prevenção do câncer do colo do útero no Brasil – 1936-1970”, defendida no ano de 2012. De grande valia foi a discussão trazida sobre a noção de diagnóstico precoce e sobre as questões que envolveram a opção pela adoção dos exames de Papanicolau e da colposcopia contribuiu para o entendimento da política em diferentes momentos políticos.

Outro aspecto que se inclui na perspectiva de análise sobre as ações de controle do câncer, e de forma especial quando adotamos a perspectiva de prevenção e diagnóstico precoce da doença, são as campanhas educativas. O artigo de Vânia Rocha (2010), “Do caranguejo vermelho ao Cristo cor-de-rosa: as campanhas educativas para a prevenção do câncer no Brasil” se concentra na análise de cartazes utilizados nas referidas campanhas, se constituindo como uma rica fonte de informação de como a doença vem sendo percebida, a partir dos anos 1920. O temor a doença, o sofrimento dos pacientes e familiares, somado ao alto custo de seu tratamento ressaltam a importância das ações educativas que aumentem a possibilidade de ela seja prevenida ou no máximo detectada precocemente (ROCHA, 2010). Assim sendo, a inclusão deste estudo se justifica pela intenção de que, através da aproximação com a temática tratada, consigamos identificar como se deu a assimilação dessas campanhas,

como estratégia adotada no estado do Amazonas, e, assim, investigar sobre sua aceitação e repercussão.

Com a mesma temática, as campanhas educativas, mas adotando outra perspectiva de análise incluímos o artigo “As campanhas educativas contra o câncer”, os autores iniciam o estudo com as campanhas que ocorreram no final na década de 1910, com forte influência do perfil das campanhas de saúde pública americanas, que agora admite uma “postura ativa da população, pronta a assimilar os preceitos saudáveis da educação” (COSTA; TEIXEIRA, 2010). Nesse campo, também se destaca a atuação do médico Mário Kroeff, que desde o início de sua atuação na cancerologia, sempre ressaltou o papel das ações educativas no conhecimento sobre a doença. Dessa forma, o conhecimento da doença daria a possibilidade de cura quando precocemente descoberta e assim contribuísse para o seu combate e controle, utilizando-se das mais diversas formas de comunicação. Os autores ainda descrevem e analisam a trajetória seguida pelo médico, no que tange a essas campanhas, evidenciando a sua importante contribuição nessas ações de prevenção e controle da doença (COSTA; TEIXEIRA, 2010).

História da saúde no Amazonas

Nossa aproximação com as questões referentes a história da política de saúde voltada para o controle do câncer no Amazonas se deu através do trato de doenças e de período histórico diferente daquele que será alvo deste trabalho. Mais especificamente, através dos estudos desenvolvidos por Júlio Cesar Schweickardt, em especial as questões trazidas pelo livro “Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e saneamento no estado do Amazonas, 1890-1930”. Opção que se justifica, pela análise que é desenvolvida no referido estudo, sobre nação e região, que coaduna com a perspectiva pretendida por esta dissertação:

As categorias centro e periferia criam possibilidades de se dicotomizar e polarizar essas duas realidades, colocando de um lado a experiência que dá certo e de outro os desvios e erros. A dicotomia pode conduzir a uma reificação das desigualdades, colocando o modelo do centro como exemplo a ser seguido pela periferia. Procurei aqui mostrar que a periferia pode ser uma forma de nos aproximarmos do cotidiano das práticas científicas. (...) Ao lado da relação centro e periferia, a que se estabelece entre nação e região também ocupou lugar de destaque nas reflexões aqui desenvolvidas. Nessa perspectiva, esta pesquisa trouxe para o cenário da historiografia nacional os personagens e o debate científico da região amazônica (SCHWEICKARDT, 2011, p.27).

Assim como pela análise de outro aspecto de suma importância quando se considera a dinâmica da região Norte, que diz respeito à singularidade de suas características ambientais. Regimes bem marcados entre chuva e estiagem, que por sua vez interferem nos regimes de cheia e vazantes dos rios. Singularidades que não se limitam a observações da natureza, mas que também entrarão em composições que fazem oscilar aspectos importantes que se relacionam com a saúde, tais como: maior ou menor facilidade de deslocamento, períodos de maior ou menor fartura de oferta de alimentos para a comunidade, entre tantas outras situações que influenciarão nas medidas e procedimentos a serem adotados principalmente nas localidades do interior.

Aplicar uma política de saúde pública em uma região com características geográficas tão peculiares significava lidar, além das distâncias, com a complexa rede de rios, igarapés e lagos que dificultavam qualquer tipo de deslocamento. O sistema climático, intercalando chuvas e secas, também alterava a paisagem e as condições de vida da população ribeirinha e dos moradores dos subúrbios da capital. (SCHWEICKARDT, 2011, p.21-22)

Avançando nessa análise, torna-se perceptível a relação existente entre este ambiente natural, com a história ali delineada. Teremos a incorporação através de movimentos nacionais e globais direcionados para a região, de aspectos que se constituíram como condicionantes e determinantes do estado de saúde e doença de sua população. Sendo que, nessa complexa rede, alguns aspectos emergem como prioridade na pauta de discussões políticas, incluindo aqueles referentes a política de saúde voltada para a região.

Perceptível também foram as diferenças encontradas no processo de ocupação dos espaços. A coexistência de espaços ribeirinhos ocupados por caboclos, seringueiros e indígenas que mantém uma relação intrínseca com a natureza. E espaços como a cidade de Manaus, como marca da chegada do capitalismo na região e suas relações de exploração. Por meio destas percepções, conseguimos um refinamento de nosso olhar sobre a Amazônia enquanto espaço construído, de desigual distribuição de doenças e de desigual distribuição espacial da infraestrutura de serviços e profissionais da saúde (IÑIGUEZ ROJAS; TOLEDO, 1998).

Tais apreciações nos conduziram a análises dos projetos políticos e econômicos, por vezes impostos, que trouxeram impactos significativos na dinâmica vivida por sua população, e desequilíbrios sociais que permearam sua trajetória e que estiveram relacionados a história das políticas públicas relacionadas ao câncer na região.

Exemplo disso ocorreu com a implantação da ditadura civil-militar, em 1964, em que o Brasil experimentou um projeto que ficou conhecido por “milagre brasileiro”. Nele, ao mesmo tempo em que o avanço econômico era impulsionado, o abandono das causas sociais também pode ser fortemente sentido gerando baixos índices de saúde, educação e habitação. “O ‘capitalismo selvagem’ caracterizou aqueles anos e os seguintes, com seus imensos projetos que não consideravam nem a natureza nem as populações locais” (FAUSTO, 2012, p. 415).

O Estado do Amazonas, local no qual se concentra nosso trabalho, se inclui nesse projeto econômico nacional, em que se destaca a Operação Amazônica, instituída em 1966, com a proposta de modernizar e de integrar a região ao Brasil; e a implantação da Zona Franca de Manaus ocorrida em 1967 (SERÁFICO; SERÁFICO, 2005). Várias indústrias se instalaram em uma área da cidade de Manaus, o Distrito Industrial, com uma proposta de criação de quarenta mil empregos. Para possibilitar essa transformação, foram montadas as estruturas para que essas indústrias se estabelecessem, mas a mesma preparação não ocorreu para o acolhimento das pessoas que foram atraídas. A cidade que possuía cento e cinquenta mil habitantes em 1968, passou para seiscentos mil em 1975 (SOUZA, 2009).

É nessa atmosfera de significativas transformações econômicas e sociais, que emergiram inúmeros desafios envolvendo questões relativas à saúde, e dentre elas as que se relacionam aos casos de câncer, que desenvolveremos as análises relativas a este estudo.

No âmbito da política nacional de saúde, teremos o estabelecimento do Plano Nacional de Saúde – PNS que, revestido de ideais de desenvolvimento, propunha a privatização do setor, e se distanciava do conceito de saúde enquanto bem-estar. A visão de saúde era compreendida como um investimento capaz de gerar alta rentabilidade. A política dava ênfase na medicina assistencial, curativa e individual, provocando um profundo abalo na política de combate ao câncer, preconizada pelos cancerologistas.

Em meio a tantos abalos, o que se conseguiu, no ano de 1967, quando Leonel Tavares de Miranda ocupava o cargo de ministro da saúde e Adayr Eiras de Araújo dirigia o Serviço Nacional do Câncer, foi instituir a Campanha Nacional de Combate ao Câncer - CNCC. Fruto de um processo de luta que se estendia desde 1964. A CNCC vinha com a proposta de intensificar e coordenar as atividades públicas e privadas relativas ao câncer, em todo o território nacional, apesar de enfrentar sérios obstáculos devido à política de contenção de verbas do governo (BODSTEIN, 1987).

É nesse contexto de abalos e mobilizações que iniciaremos as primeiras considerações concernentes a política de saúde do Estado do Amazonas, analisando a gestão anterior aquela

onde ocorrerá a criação do CECON, para que possamos compreender os fatores que, conjugados, favoreceram o estabelecimento da instituição.

Entre 1967 e 1971, Danilo Duarte de Matos Aersa, assume como governador do Estado do Amazonas, indicado pelo então Presidente Castelo Branco, e na secretaria de saúde o Dr. José Leite Saraiva. Segundo o Relatório de Atividades da Secretaria de Saúde (1967-1969) com a intenção de dar maior ênfase a Medicina Preventiva do que a Assistencial, a secretaria passou a atuar através de 03 frentes de trabalho: Departamento Médico Hospitalar; Departamento de Medicina Preventiva e uma Superintendência dos Serviços Médicos do Interior - SUSEMI-Am (AMAZONAS, [1970]).

O discurso na medicina preventiva pode parecer contraditório com o direcionamento do governo federal, que naquele momento tinha como foco a assistência privada hospitalar. Contudo quando se observa os interesses ali embutidos constatamos que eles se complementavam já que a chamada medicina preventiva se concentrava nas ações de imunização as doenças transmissíveis, exames nos postos médicos e exames laboratoriais, ou seja, medidas que visavam prevenir a ocorrência de doenças infectocontagiosas, como forma de enfrentamento dos problemas gerados pela chegada de um grande contingente de migrantes.

Pretendiam manter o mínimo de condições de saúde, que garantisse a realização do trabalho e a geração de riquezas econômicas ambicionadas pelas empresas que se instalavam no Estado, em conformidade com os interesses econômicos vigentes. Tal direcionamento não incluía investimentos em campanhas de educação e conscientização que seriam elementos que consideramos como fundamentais em um processo que se diga ser de prevenção.

No relatório citado, encontramos menção ao Serviço de Câncer, que no primeiro ano daquele governo foi realizada uma compra de aparelhagem científica (que não aparece especificada), com recursos oriundos de campanha liderada pela Primeira Dama do Estado, Violeta de Matos Aersa. O que demonstra a existência de uma movimentação da filantropia no suporte das ações realizadas. Também aparece mencionada a constante ameaça de cortes de verbas, demonstrando similaridade com o que ocorria na esfera federal.

Em 1969, o Serviço de Câncer do estado apresenta um balanço de 366 pacientes consultados, dos quais em 13% foi confirmada a presença de câncer e 3% deles foram enviados para outros estados para a realização de tratamento radioterápico. Nesta ocasião, ressaltou então o secretário, sobre a necessidade de compra de equipamento de radioterapia, para que fosse evitado o desconforto das viagens dos doentes para fora do Estado, assim como o sofrimento daqueles que permaneciam em Manaus a espera de um tratamento adequado. E

sobre o momento oportuno para a compra, dada a existência de recursos oriundos de doação da Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia – SUDAM (AMAZONAS, [1970]).

Ainda no ano de 1969, em outra referência ao Serviço de Câncer do Estado, o médico Mário Isaac Sahdo é enviado para participar da V Campanha Nacional de Combate ao Câncer, realizada no Rio de Janeiro e para o Congresso Brasileiro de Cancerologia realizado em São Paulo, a fim de se inteirar e participar das discussões e trabalhos sobre o tratamento do câncer que estavam sendo desenvolvidos (AMAZONAS, [1970]).

Amazonense, nascido em julho de 1930, Mário Sahdo foi médico e professor de medicina da Universidade do Amazonas com especialização em radioterapia e cancerologia pelo Serviço Nacional de Câncer do Estado do Rio de Janeiro. Entre as décadas de 1960 e 1970 foi referência para o tratamento de câncer no Estado, além de grande incentivador para o ensino da cancerologia na Universidade do Amazonas.

Personagem que se destacou na intermediação, tanto em relação à disseminação do conhecimento entre os médicos locais, como em relação a sua ativa participação na implantação e desenvolvimento das ações e da política do câncer, atuou como diretor a frente da Liga Amazonense Contra o Câncer - LACC e participou da movimentação para criação do CECON (LIGA, 1999).

Ocupou a direção clínica do CECON quando por ocasião da sua criação, e até hoje o seu nome continua sendo lembrado a ponto de ter sido instituída uma medalha que recebe o seu nome “Medalha Mário Sahdo” considerada a mais alta honraria conferida pela FCECON àqueles que, reconhecidamente, contribuíram para o desenvolvimento da Fundação e participaram da luta contra o câncer (AMAZONAS, 2003).

Pelas considerações encontradas nas fontes percebe-se que a necessidade de descentralização de serviços já fazia parte da pauta de discussões da secretaria de estado, contudo não encontramos menção da existência de um número significativo de profissionais que realizassem procedimentos relacionados à doença.

Corroborando com nossa análise sobre a necessidade de arregimentação de um maior número de profissionais voltados para o tratamento do câncer na região, destacamos o envio do Dr. Sahdo para participação em Congressos e eventos como alternativa de aprofundamento dos conhecimentos médicos sobre a doença. E do movimento que se fazia, quando em seu retorno a cidade, em prol da disseminação deste conhecimento entre os pares, a citar os médicos João Lúcio Pereira Machado ², Jorge Laerte Gennari ³ e Yassunari Ishida ⁴

² Médico especialista em cirurgia torácica que atuou em diversas instituições de Saúde da cidade de Manaus, incluindo a FCECON, Beneficente Portuguesa, Hospital Getúlio Vargas, Pronto Socorro 28 de Agosto, Hospital

(BOTELHO, 2015; COELHO, 2014), nomes que podem ser considerados como a 1ª geração de médicos envolvidos com questões relativas ao câncer no Estado do Amazonas.

Outra diretriz adotada pela secretaria e que indiretamente se relacionará a criação do CECON, foi o projeto desenvolvido pela SUSEMI: Projeto de Implantação das Unidades Médicas do Interior – PIUMI. Elaborado pela Companhia de Estudos e Participação Industriais e Comerciais – STÚDIA que compreendeu a aquisição de 43 Unidades Médicas pré-fabricadas de origem inglesa, com o objetivo de enfrentamento das questões relativas a oferta de serviço de saúde nos municípios do interior (AMAZONAS, 1971).

A compreensão mais ampla do significado da implantação deste projeto ultrapassava os limites da área da saúde, já que analisando a documentação no processo de negociação para sua implementação, o então Ministro do Interior, José Costa Cavalcanti. Nela reconhecem a viabilidade e prioridade de execução do PIUMI e esclarece que o interesse que ali se expressava tinha a intenção de integração da Amazônia, pois se acreditava que com uma infraestrutura de saúde estabelecida se conseguiria “fixar” o homem no interior, o que por sua vez seria um dos componentes do processo de desenvolvimento regional.

Para alcançar tão elevado objetivo, que interessa à segurança nacional, diversas providências já foram adotadas, através de diferentes iniciativas, e entre as quais se destaca a ocupação dos espaços vazios.

Em consonância com essa orientação, encontra-se, em exame, nesse Ministério, o Processo nº4.422/69, no qual o Governo do Estado do Amazonas apresenta o ‘Plano Estadual de Saúde’, uma iniciativa prioritária, para a criação de infraestrutura tendente ao atingimento da ocupação daquela área (MINISTÉRIO DO INTERIOR, Aviso nº0634, de 4 de Novembro de 1969, José Costa Cavalcanti. Ibd: AMAZONAS, 1971 - Anexos).

Assegurando a viabilidade do projeto incluído no Plano de Saúde do Estado, em relação aos recursos financeiros necessários, o Ministro Leonel Tavares de Miranda esclarece no Aviso de Gb. Nº652, de 19 de agosto de 1969, dirigido ao então Ministro do Planejamento e Coordenação Geral Hélio Marcos Pena Beltrão, que os mesmos teriam a seguinte procedência:

Adriano Jorge e na Santa Casa de Misericórdia. Também atuou como professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas e em sua homenagem no ano de 1998 dá nome a um importante hospital da cidade: “Hospital Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado” (AMAZONAS, 2015).

³ Atuou por um período em Manaus e depois se dirigiu a São Paulo onde assumiu a função como coordenador do programa de controle do câncer da Fundação Oncocentro de SP entre os anos de 1978 a maio de 2002.

⁴ Que continuou atuando na cidade de Manaus, nas especialidades de obstetrícia e ginecologia, e como professor da Universidade Federal do Amazonas. Vindo a falecer no ano de 2009.

- Seguro saúde – transferidos do INPS para o Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, mediante convênio para integrar o conjunto de recursos para a implantação das atividades definidas como de proteção e recuperação da saúde individual do Estado;
- Ministério da Saúde – recurso relacionado ao PNS;
- Participação dos Estados e Municípios – representando a contrapartida estadual e municipal, seguindo os critérios e normas estabelecidas no PNS;
- Participação dos usuários – oriundo do pagamento direto dos usuários do PNS, aos profissionais e entidades pelos serviços prestados;
- Governo do Estado – através da Secretaria Geral de Saúde;
- Ministério da Saúde – recurso relacionado as atividades de erradicação, de prevenção e controle (que já vinham sendo destinados ao Estado);
- Fundo do trigo (AMAZONAS, 1971).

Além dos recursos anteriormente especificados, que assegurariam a execução do projeto, a STUDIA apresenta ao governo estadual uma proposta de financiamento através do International Professional Consortium for Health Service – IPCHS, empreendimento ligado ao grupo The Economist (com sede na cidade de Londres). Em dezembro de 1967, quando foi apresentada a primeira versão do projeto e em dezembro de 1968, após aprovação do legislativo, o decreto presidencial autoriza a operação financeira. Com a aprovação, o governo estadual assina contrato com o IPCHS garantindo o fornecimento de materiais, assistência técnica.

A operação financeira movimentou um valor médio de US\$7.000.000.00 (sete milhões de dólares) em operação também aprovada pelo Exports Credits Guarantee and Department do governo britânico, com as seguintes condições de pagamento: “prazo de pagamento de 10 anos e com juros de 5,5% a.a. e uma carência de 2 anos (AMAZONAS, 1971, p.39). E foi através desse empréstimo ⁵ que foram adquiridas as Unidades Médicas pré-fabricadas inglesas, equipamento Médico-hospitalar, Assistência Técnica, equipamentos elétrico, hidráulico, tintas, mobiliário, entre outros materiais destinados ao PIUMI (AMAZONAS, 1971).

⁵ Importante mencionar que neste período o governo brasileiro incorporou a obtenção de créditos no exterior como suporte adicional ao seu projeto desenvolvimentista (CYSNE, 1993)

E no último ano da gestão de José Leite Saraiva, realizou-se a entrega dos materiais adquiridos, na cidade de Manaus. Contudo entre a sua entrega, a distribuição pelo interior e a execução do projeto apareceriam vários obstáculos.

CAPÍTULO II – Fundação Centro de Controle de Oncologia - AM: criação e trajetória

Criação do CECON

No ano de 1971, pela indicação do Presidente Médici, assume como governador o coronel e engenheiro João Walter de Andrade, e como secretário de saúde o Dr. Antônio Ricci.

O novo governo solicita a Comissão de Desenvolvimento do Estado do Amazonas – CODEAMA, órgão de assessoria do poder executivo, um estudo sobre o andamento do projeto. Constata-se então que até 1971, somente 33% do material havia chegado ao interior, e que mais de 60% estava se deteriorando em Manaus. Além disso, o relatório aponta uma série de outros entraves que vieram a comprometer o andamento do projeto: a imprecisão das informações concernentes a qualidade dos materiais que haviam sido entregues; imprecisão dos relatórios de fiscalização e falta de organização, ocasionando envio de materiais de forma incorreta e para regiões erradas.

Identifica-se que a empresa SORTEC contratada para a prestação de assistência técnica não atendia as exigências relacionadas a qualidade do serviço, assim como a empresa de engenharia Kosmos S.A. responsável pela execução do projeto não estava cumprindo os prazos estabelecidos no cronograma. A Kosmos se justifica atribuindo a responsabilidade a Susemi-am por não ter efetuado os pagamentos no tempo previsto, e a Susemi-am, por sua vez, justifica que a falta de repasse de recursos.

O fato é que, com o atraso do projeto, associado à falta de acondicionamento apropriado dos materiais que haviam sido entregues em Manaus, que não tinham sido enviados para o interior, foram se deteriorando. Por conseguinte, surgiram outras dificuldades tais como: o desaparecimento da identificação e codificação das peças; aumento do risco de envio de material trocado para o interior, aumento do custo previsto de envio e o atraso das obras; aumento do risco de perda de material, o que impediria a conclusão das instalações. Sem contar com o risco de perda do material de construção e do equipamento médico de forma irreversível (AMAZONAS, 1971).

Além do alto custo que envolvia a manutenção das Unidades e a conservação dos materiais, havia outro item que sequer havia sido contemplado no projeto original que era a apreciação cuidadosa sobre se existiam profissionais habilitados para a realização dos serviços

de saúde que seriam disponibilizados e se estes profissionais estariam dispostos a permanecerem no interior (AMAZONAS, [1975]).

Ademais observando a correspondência entre os Ministérios: do Interior, da Saúde, do Planejamento e Coordenação Geral, do Ministério Extraordinário para assuntos do Gabinete Civil percebe-se que entre eles havia uma coincidência de pensamento e proposta no que tange a ocupação da Amazônia como questão de segurança nacional e sobre a realização de projetos que viessem a ocupar o “vazio” ali existente (AMAZONAS, 1971).

Coincidiam também na intenção de criação de uma infraestrutura capaz de “fixar do homem” no interior, sendo citado tanto o projeto de construção da transamazônica, como o Plano Estadual de Saúde apresentado pelo governo do estado do Amazonas como elementos importantes nesse processo. Contudo em relação ao repasse de verbas para execução das ações estabelecidas pelo referido Plano de Saúde do Estado, o que se viu foram reiterados pedidos de apreciação do caso, demonstrando que o repasse não se dava a contento do Governo do Estado com inúmeros pedidos para a intermediação do Ministério do Interior para aceleração do processo de liberação de recursos (AMAZONAS, 1971).

A nova gestão concebe novas diretrizes para o setor da saúde, considerando que mesmo que um bom plano de saúde fosse instaurado no interior, este só se tornaria viável com a implantação de uma estrutura básica na capital que viesse a lhe dar o necessário apoio; e com a cooperação de outras entidades como a Fundação Serviço de Saúde Pública - Fundação SESP ⁶, o INPS, Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL ⁷, o Comando Militar, as Missões Religiosas, as Universidades (AMAZONAS, [1975b, p.11]).

Nesse sentido ela passa a concentrar seus esforços e recursos em Manaus. A SUSEMI é extinta e suas responsabilidades e atividades são transferidas para a própria secretaria de estado, redefini-se o PIUMI ocorrendo a suspensão da instalação de novas unidades no interior. Sobre as que continuavam em Manaus seriam utilizadas em novas construções, na própria cidade, ou adaptadas em construções já existentes para ampliação de seus espaços físicos (AMAZONAS, [1975b]). Segundo Ricci o plano não estava adequado a realidade financeira do Estado ⁸ e

⁶ Criada em 1942 e que financiou a expansão da Rede Primária de Atenção a Saúde no Estado.

⁷ Fundo criado em 1963 (BRASIL, 2015) que no Estado foi aplicado em projetos nas cidades vizinhas a Manaus, assim como nos bairros periféricos da própria cidade.

⁸ Segundo consta no Anexo II do relatório final da gestão do Dr. Antônio Ricci foi pago pelo governo anterior a quantia de Cr\$ 3.418.220,45; pela sua gestão um total de Cr\$ 23.560.528,17, e restou a pagar em promissórias, sem a inclusão dos juros, o valor de Cr\$ 17.359.983,19 (AMAZONAS, [1975]).

Não havendo estrutura para obras de tal envergadura e não tendo a SUSEMI conseguido recursos suficientes, encontramos o órgão em precárias condições financeiras e o Interior do Estado com apenas uma unidade pré-fabricada implantada, a do Município de COARI e assim mesmo, funcionando em regime reduzido, com grandes dificuldades.

Outras unidades com obras já iniciadas, estavam paralisadas por falta de recursos e outras ainda, com material precariamente armazenado nos municípios e já em deterioração franca. Na Capital a maior parte do material não remetido para o interior se encontrava em péssimas condições de armazenamento, amontoados ao tempo, sofrendo deterioração (AMAZONAS, [1975, p.11]).

Um novo Plano passa a ser aplicado, normatizando e regulamentando o sistema de estadual de saúde para que funcionasse de forma mais integrada e harmônica. Para o interior se propõe a implantação de unidades médicas de menor complexidade, acompanhada de um programa de saneamento e abastecimento de água que contribuiria com as condições de saúde e diminuiria o volume de serviços da assistência médico hospitalar de Manaus (AMAZONAS, 1972).

As ações seriam concentradas no enfrentamento das doenças transmissíveis, com destaque para aquelas que apresentavam elevada taxa de incidência: tuberculose, sarampo, coqueluche, hepatite infecciosa, malária e hanseníase. Para tanto seriam adotadas ações relativas a educação sanitária; e como suporte técnico se incluiria a compra de instrumentos para montagem do serviço de bioestatística, capaz de colher e analisar informações e fornecer os dados para a execução dos programas.

O Programa esclarece que a responsabilidade do Estado em relação à saúde individual seria de caráter supletivo, devendo atender a assistência médica e hospitalar aos “desprovidos de meios, aos que não se encontram filiados a algum sistema previdenciário” (AMAZONAS, 1972. p.14). Segundo o secretário, foi por ter arcado com o ônus da saúde individual que o Estado comprometeu o bom andamento das atividades relacionadas a saúde coletiva, de tal forma que doravante, a saúde individual seria deixada a cargo do setor privado e do sistema previdenciário.

Diante do crescimento da cidade a Secretaria de Saúde do Amazonas - SESAU assume como urgente a necessidade do aumento de número de leitos destinados as doenças de curta permanência, e aumento do número de postos de saúde. Também, concentra esforços na instalação de programas de saúde específicos como: o Programa de Assistência Médico Sanitária à Gestante; o Programa de Assistência Médico Sanitária a Criança de 0 a 4 anos; o Programa de Controle de Doenças Transmissíveis para a cidade de Manaus. Além disso, a SESAU planeja ações voltadas para a educação e informação à comunidade sobre os programas de saúde que seriam instalados (AMAZONAS, 1972).

Passa a fazer parte da pauta de discussões a questão do reduzido número de profissionais da área da saúde: médicos, enfermeiros e técnicos de laboratórios; de sua concentração na cidade de Manaus, e sobre a necessidade de que fossem destinados recursos para treinamento e capacitação de pessoal. O Estado solicita a participação financeira do Governo Federal esclarecendo que sem ela seria inviável a execução do Plano de Saúde estadual (AMAZONAS, 1972).

Dentre as intenções expressas no Plano Estadual de Saúde, do ano de 1972, não aparece qualquer referência a ações voltadas para o Serviço de Câncer ou sequer qualquer menção a doença enquanto um problema a ser enfrentado.

No âmbito nacional, nessa década de 1970, o modelo político e econômico adotado pelos militares apresenta sinais de desgaste, impelindo ao redirecionamento de várias posições do governo, e dentre elas, aquelas relacionadas à saúde. O desequilíbrio social acentuado com aumento da população pobre; o processo de migração do campo para a cidade, gerando um aumento populacional concentrado em grandes centros urbanos, faz aumentar a preocupação em se evitar movimentos que pusessem colocar em risco a estrutura de poder que havia sido montada (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Com a crise econômica internacional, em decorrência do aumento do preço do petróleo, em 1974, se encerra o ciclo de forte crescimento econômico. No país, as tensões sociais se ampliam, originando movimentos por mudanças nas condições sociais, e dentre elas as que se relacionam com área da saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Como parte desse redirecionamento, o Serviço Nacional do Câncer (SNC) se transforma em Divisão Nacional do Câncer (DNC) e sob a direção de João Sampaio Góes, instituiu-se o Programa Nacional de Combate ao Câncer (PNCC), que visava integrar as ações de enfrentamento do câncer em todo o Brasil. O Programa tinha como objetivo a prevenção e o diagnóstico precoce; ou seja, a descoberta da doença em situação que fosse possível a oferta de tratamento imediato e adequado ao paciente (BRASIL, [1973]).

Entre as justificativas apresentadas para o seu estabelecimento incluía-se o fato do câncer ser uma das doenças que trazia prejuízo sócio econômico, na medida em que o seu tratamento implica um alto custo, e alocação de recursos, de além de provocar desequilíbrios e desajustes familiares,

...uma vez que o mal atinge não só as mulheres numa das fases mais produtivas, ou seja, de 25 a 45 anos, como consequentemente facilitará desajuste nos filhos

carentes de amor materno facilitando o desenvolvimento de desajustados e delinquentes juvenis. Outro fato doloroso é a incidência do mal em crianças de 5 a 14 anos contribuindo com 1/6 de óbitos ocorridos nesta idade. Verifica-se, por estes dados, que qualquer investimento a ser feito pelo Governo Brasileiro será rentável, se apoiado em uma estrutura sólida (BRASIL, [1973], p.2).

O programa é então organizado a partir da definição de quatro grandes metas: implantação do Sistema; ensino e pesquisa; prevenção e detecção; tratamento, acompanhamento e reabilitação. Os recursos destinados prioritariamente ao controle da doença, assim como as normas e regulamentos que envolveriam tanto a área administrativa, a médico-assistencial e quanto à epidemiológica. O programa implementaria um arquivo de dados estatísticos para o registro e controle das atividades como forma de possibilitar um acompanhamento contínuo, e desta forma forneceria as informações para área de ensino e pesquisa. Pretendia contemplar a formação, treinamento e especialização de recursos humanos da área médica e técnica, assim como estruturaria a Campanha Nacional de Combate ao Câncer garantindo uma atuação contínua (BRASIL, [1973]).

Considerando a grande extensão territorial brasileira, as dificuldades de locomoção a falta de estrutura e recursos de toda ordem encontradas em várias localidades o programa previu a criação:

...em todos os Estados do País Centros de Controle do Câncer de caráter comunitário, com a participação dos Governos Federal, estadual e Municipal, das instituições oficiais e privadas e do povo em geral e com atividades coordenadas e orientadas pelo Ministério da Saúde (Divisão Nacional de Câncer). Esses Centros, guardando as devidas proporções quanto às populações a serem atendidas e as possibilidades materiais e humanas do local, estão sendo equipados como verdadeiros Centros de Controle da doença. Todas as capitais de Estado contam assim com Centros Estaduais de onde se estenderá o atendimento à toda população (BRASIL, [1973], p.2, grifo no original).

Com a instauração do Programa, foram firmados convênios entre o Ministério da Saúde e os Governos Estaduais, e através do Ministério do Planejamento seriam liberados os recursos, para construir, reformar, comprar equipamentos e manutenção dos leitos hospitalares. (BRASIL, [1973]; TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Até então, a clínica de câncer funcionava no Hospital Getúlio Vargas tendo a frente o Dr. Sahdo. Os serviços oferecidos incluíam a intervenção cirúrgica e a utilização de um aparelho de radioterapia, que tinha como fonte o raio-X ⁹ (COELHO, 2014). Mas, neste

⁹ Tratamento que embora tido por alguns médicos da época como pouco eficiente e restrito, apresentava-se como útil por seu caráter paliativo. No processo de transferência do aparelho, após a inauguração do CECON, ocorreu

contexto, passa a ter a sua transferência indicada a funcionar como Centro de Controle em uma unidade independente, tendo na sua construção a utilização das unidades pré-fabricadas inglesas ¹⁰ que estavam sendo realocadas.

Ao proferir uma conferência na manhã de ontem, por ocasião da cerimônia de aniversário do Hospital “Getúlio Vargas, o Secretário de Saúde, Médico” Antônio Ricci, anunciou que, dentro dos próximos dias será instalada a clínica de Cardio-Uro-Renal, no Hospital “Getúlio Vargas”.

Revelou também o titular da SESAU que, “já a partir dos primeiros dias de outubro, a clínica de câncer que ainda funciona no “Getúlio Vargas”, será transferida para o centro de Controle do Câncer, que irá funcionar no hospital construído no Conjunto “D. Pedro Primeiro” (RICCI..., 1974, p.2)

Desta forma, podemos dizer que a criação do CECON está relacionada com a implantação do Programa Nacional de Controle do Câncer; e sua relação com os programas de saúde do estado do Amazonas.

Centro de Câncer terá Ministro na inauguração

Para presidir as solenidades de inauguração do Centro de Controle de Câncer, estará em Manaus no próximo dia 21, o Ministro da Saúde, cientista Paulo Machado. O Centro de Controle de Câncer implantará no Estado do Amazonas, o Programa Nacional de Controle de Câncer.

Informou o Secretário de Saúde do Estado do Amazonas, Sr. Antonio Ricci, que a construção do Centro de Controle de Câncer foi realização do governo do Estado, e que sua manutenção também está a cargo desse mesmo órgão estadual sendo que o Ministério da Saúde os auxiliará com equipamentos e recursos para pesquisas. Esta unidade especializada tem a finalidade exclusiva de fazer diagnóstico precoce para prevenção e controle da doença.

Como funcionará o centro

Durante o período de funcionamento, essa unidade colherá dados que serão manipulados por um Banco de Dados, a fim de se definir a situação real da incidência do Câncer na Amazônia Ocidental. Estará apta a fazer o tratamento especializado, clínico ou cirúrgico das formas iniciais de tumores malignos, e para isso contará com um laboratório especializado, salas munidas de Colposcópios para diagnosticar doenças de câncer ginecológico, salas de biópsias, centro cirúrgico e 20 leitos para observação de casos, bem como, constará de imediato com o equipamento de radioterapia do H. G. V. e o apoio dessa unidade hospitalar para grandes cirurgias.

Os exames para a detecção dos casos iniciais serão feitos não só nessa unidade, como também em todas as redes hospitalares e sanitárias da rede estadual, bem como das redes particulares. Disse ainda o Secretário de Saúde que, para o próximo ano será instalada no centro, uma bomba de Cobalto, para tratamento denominado

um erro operacional, os cabos de força foram cortados de maneira incorreta e o aparelho ficou por um tempo parado até que se conseguisse a reposição de suas peças junto ao fabricante. Tornando-se obsoleto o aparelho ainda permaneceu por um tempo no CECON apenas como referência histórica (COELHO, 2014).

¹⁰ No mesmo período outras construções e ampliações hospitalares são realizadas em Manaus com a utilização dos referidos materiais, a citar: a construção das Unidades de Serviço Parque 10, Morro da Liberdade, Santo Antonio, Alvorada, Japiim, Hospital de Isolamento “Chapot Prevost” (AMAZONAS, 1972).

Cobaltoterapia, e que este aparelho será doado pelo Ministério da Saúde (CENTRO..., 1974, p. 3).

Constatamos que inicialmente o programa de saúde do Estado não apresentava uma preocupação específica em relação à política de combate e tratamento do câncer. Contudo verificamos uma mudança deste posicionamento, que se relacionaria a proposta do governo federal estabelecida pelo PNCC, e que no Estado no Amazonas será fortemente incentivada pelo então Ministro Paulo Almeida Machado (PAULO..., 1974).

Assim se tomarmos como base as análises de Béland (2005) sobre a incorporação de uma determinada matéria na pauta de políticas públicas: “[a] eleição de um novo governo ou o surgimento de um poderoso grupo de interesse pode remodelar a agenda política e ajudar a atrair ideias políticas novas para o centro do debate político” (BÉLAND, 2005, p.10). O que nos permite compreender que embora o câncer ainda não apresentasse índices alarmantes, quando comparados a outras doenças existentes no Estado, e que ainda não fosse visto pela gestão local, como problema a ser enfrentado de forma urgente naquele momento; a interlocução entre personagens locais junto a movimentação do governo federal, através da agenda estabelecida pelo PNCC, impulsionou a criação do Centro e das ações que passam a ser implementadas.

Inaugura-se, então, em 21 de dezembro de 1974, no Conjunto D. Pedro I, o Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – CECON, instituído como unidade hospitalar especializada. Fora assim instituído pela Portaria de Nº 64, assinada em 25 de junho de 1974, através de um convênio assinado entre o Governo do Estado do Amazonas - Secretaria de Saúde e o Ministério da Saúde – Divisão Nacional de Câncer (DNC). Sendo a secretaria a encarregada por manter as instalações e equipamentos que ali seriam instalados, assim como os funcionários necessários para a execução do programa (AMAZONAS, 1974a; AMAZONAS, 1974b).

Contando com a presença do Ministro, no dia da inauguração, Antônio Ricci em seu discurso declara: “Ganha hoje o Amazonas o seu centro de controle de câncer, significando que pelo esforço do governo Estadual, Federal e do Ministério da Saúde o Câncer será tratado com mais carinho tal como todas as doenças infecto contagiosas” (MINISTRO..., 1974, p. 2). Tal posicionamento abriu a perspectiva da incorporação do câncer na pauta de trabalho do Estado de forma mais contundente, ganhando espaço junto às doenças de tradicionalmente causavam maior impacto na região.

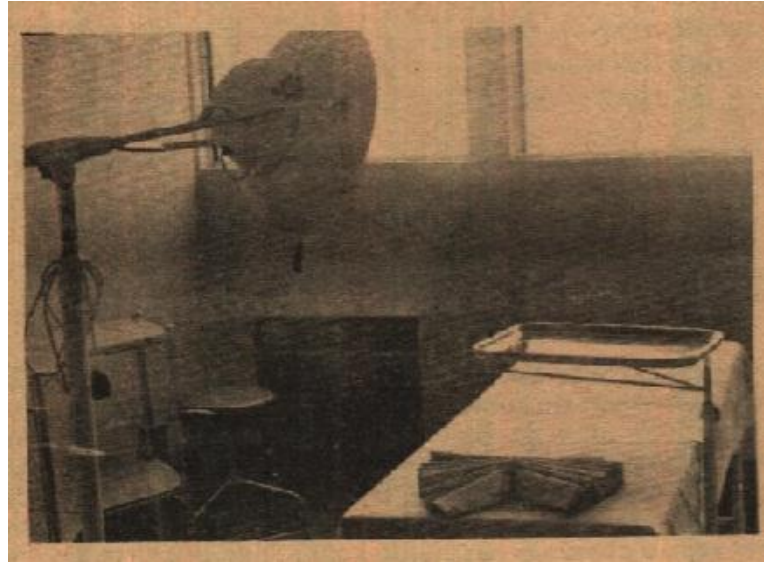


Figura 2 - Consultório CECON – 1974.

Fonte: HOSPITAL, 1974.

Era composto por 20 leitos que passaria a prestar auxílio a pacientes com câncer; e naquela oportunidade foram designados pelo secretário de saúde: a Dr^a Maria Zélia Fiorillo Casella, como diretora administrativa do Centro e o Sr. Heyder Loureiro Pinagé, como representante da Secretaria de Saúde junto ao Núcleo Central (setor responsável pela orientação e fiscalização do emprego das verbas oriundas da Divisão Nacional de Câncer), seguindo as diretrizes estabelecidas pelo convênio SESA/DNC (AMAZONAS, 1974a).



Figura 3 - Fachada CECON com as voluntárias da Rede Feminina Contra o Câncer - AM, 1974.

Fonte: Acervo Depto. Ensino e Pesquisa.

Os primeiros anos do CECON – desafios para o funcionamento

O fluxo migratório continuava intenso, concentrando na cidade de Manaus o equivalente a quase metade da população do Estado ¹¹. Além daqueles que chegavam de outras regiões do Brasil, existia um fluxo do interior para a capital, motivado pela busca do Eldorado ou ainda pelo declínio da atividade do extrativismo vegetal, praticada nos vales dos afluentes do Amazonas (IBGE, 1981). Trazendo um homem, muitas vezes, despreparado para a vida urbana, e que acabava se instalando na periferia da cidade com reduzida infraestrutura sanitária.

Quando, em 1975, assume o governo estadual Henoch da Silva Reis e a secretaria de estado de saúde Carlos Augusto Teles de Borborema, a administração estadual dizia-se sem condições de acompanhar o crescimento em termos de infraestrutura urbano-social: luz, água, educação e saúde. O que se viu na área de saúde foi à concentração em torno de ações primárias tais como imunizações e atenção materno infantil, para fazer frente aos altos índices de mortalidade neonatal, perinatal e infantil. Ações para a redução da mortalidade em decorrência de doenças infecciosas e parasitárias; e redução da alta incidência de doenças provocadas pelo baixo consumo de calorias e proteínas pela “população vulnerável” (AMAZONAS, 1975).

A preocupação com o aumento do número de leitos hospitalares continuava presente, e inseriram-se no novo contexto urbano outras preocupações tais como: consumo de tóxicos, poluição ambiental, acidentes de trabalho e de trânsito. A busca pela melhoria e precisão de coleta e análise de dados também aparece presente nesse período com a criação da coordenadoria de Epidemiologia que tinha como atividade básica a Estatística vital, de produção e vigilância epidemiológica. A falta de entrosamento entre as instituições que desenvolviam as ações de saúde, tanto dos Ministérios como das instituições da própria Secretaria de Saúde é apontado pela própria Secretaria Estadual (AMAZONAS, 1975; AMAZONAS, [1977]).

A Coordenadoria de Epidemiologia do Estado apresenta o número de mortes ocasionado por câncer, na cidade de Manaus, mostrando índices de crescimento. Assim, o início das atividades do CECON impelia a adoção de medidas sérias para que se desse o

¹¹ Segundo dados do IBGE, a população total do Estado do Amazonas, em 1º de setembro de 1980, era de 1.430.232, dos quais na cidade de Manaus concentravam-se 613.068 residentes. E se considerarmos o município de Manaus o número se eleva para 634.659 residentes (IBGE, 1981).

enfrentamento do problema, aumentando o desafio de inseri-lo na pauta de discussões em meio a tantos outros problemas encontrados na cidade.

Ano	População	Tumores	
		Nº de óbitos	Coef. %000
1960	175.343	100	57,03
1961	189.228	87	45,97
1962	203.113	91	44,80
1963	216.999	111	51,15
1964	230.884	112	48,50
1965	244.770	112	45,75
1966	258.655	125	48,32
1967	272.540	116	42,56
1968	286.426	158	55,16
1969	300.311	287	95,56
1970	314.197	146	46,46
1971	328.052	213	64,92
1972	341.967	207	60,53
1973	372.363	178	47,80
1974	395.443	207	52,34
1975	409.328	263	64,25
1976	440.322	329	74,71
1977	467.348	294	76,28

Tabela 1 - Coordenadoria de Epidemiologia - Núcleo de Estatística. Causas de Morte por câncer na Cidade de Manaus - Período de 1960 a 1977.

Fonte: AMAZONAS, [1977].

Nestes anos iniciais, os procedimentos realizados no CECON restringiam-se a intervenções cirúrgicas. Estas deveriam ser executadas de forma radical, no sentido de que a retirada do tumor abrangeria uma dimensão para além da sua borda visível. O intuito era impedir o aparecimento de possíveis metástases, a despeito das deformidades que poderiam ser causadas ao paciente. Este direcionamento seguia a recomendação da linha de tratamento vigente, já que os exames não forneciam informações tão precisas como as disponibilizadas atualmente, a partir do avanço tecnológico e de sistemas de análise (BOTELHO, 2015).

Acrescenta-se o agravante de que nesta década de 1970, nos casos encontrados em Manaus, assim como naqueles apresentados em muitas cidades brasileiras, os pacientes que chegavam ao ambulatório encontravam-se, com grande frequência, em estado avançado da

doença, com tumores muito grandes e fora das possibilidades terapêuticas - FPT (BOTELHO, 2010).

Situação esta que até hoje é possível de ser encontrada e, segundo Botelho (2010), sem abordarmos aqui a questão da acessibilidade, também pode ser compreendida pela consciência que o paciente tem sobre a doença em si, pela percepção que tem sobre a alteração do seu próprio corpo, muitas vezes associada a “um mecanismo neuropsiquiátrico de recusa da identificação da deformidade, falta de confiança no serviço médico ou medo de ir ao médico, medo do diagnóstico...” (BOTELHO, 2010, p. 183) ¹².

Ainda em relação aos casos encontrados na cidade, a maior incidência eram os referentes ao câncer de colo do útero ¹³, em que, por vezes, a indicação era o tratamento radioterápico. Os pacientes, que conseguiam vaga, eram enviados para a cidade de Belém, onde existia o equipamento adequado para o tratamento.

Nestes casos, os pacientes além de enfrentarem os problemas relativos aos cuidados da própria doença, como a rejeição social e familiar motivada pelo forte odor exalado nos casos de estadiamento avançado, via-se diante do transtorno ocasionado pelo deslocamento em si. A separação da família e os recursos financeiros escassos, já que a maior parte dos casos se relacionava a pessoas de baixa renda e que portando não tinham condições de ir e de se manter por 3, 4 meses fora do seu domicílio. Neste contexto insere-se outro fator nessa engrenagem, que é aquele que se referem as doações e a ajuda dos filantropos da época dando o suporte a estes pacientes (COELHO, 2014).

Sobre o quadro médico da cidade

Outro aspecto relacionado aos primeiros anos do funcionamento do CECON diz respeito à movimentação do quadro médico da cidade. Alguns médicos locais se dirigiram especialmente para o Rio de Janeiro para buscarem a especialização na área da cancerologia, e profissionais oriundos de outros centros foram atraídos para Manaus para a aplicação dos conhecimentos em cancerologia. Tal movimentação influenciou e contribuiu com as providências que foram sendo tomadas; inaugurando o que poderíamos chamar de uma segunda geração de médicos cancerologistas no Estado. Como exemplo deste movimento,

¹² Situação que merece uma análise mais aprofundada a fim de se evitar a responsabilização única do paciente, em um quadro de grande complexidade.

¹³ Ver capítulo III.

destacamos a atuação, a partir do ano de 1975, do Dr. Manoel Jesus Pinheiro Coelho que assume como médico cirurgião do CECON, e no ano de 1976 passa a atuar como seu diretor clínico.

Nascido em 28 de novembro de 1944, no Município de Barbalha, Estado do Ceará, o Dr. Jesus cursou o primário e ginásio, no Ginásio Santo Antônio no período entre 1956-59. A seguir veio para Manaus onde concluiu o curso colegial no Colégio Brasileiro em 1966. No ano seguinte, 1967, entrou para a Faculdade de Medicina da Universidade do Amazonas, vindo a concluir a graduação no ano de 1972. A residência médica foi realizada no Hospital dos Servidores do Estado – IPASE, situado no Rio de Janeiro, na área de Cirurgia Geral, nos anos de 1973 e 1974. Prestou concurso para área de cancerologia do INANPS, e sendo aprovado começou a atuar na cidade de Manaus. Especializou-se em cancerologia e em mastologia, certificadas pelo Conselho Federal de Medicina/Conselho Regional de Medicina, Manaus-Am, no ano de 2000.

Com uma relevante trajetória profissional e atuação na área oncológica desde os anos de 1970 junto à sociedade manauara recebeu no ano de 2003 a Medalha de Ouro Adriano Jorge, concedida pela Câmara Municipal de Manaus em reconhecimento ao seu trabalho realizado. Reconhecimento que também já havia ocorrido no ano de 2000 quando lhe foi concedida a Medalha Prof. Mário Kroeff deliberada pela diretoria da Sociedade Brasileira de Cancerologia, pela luta contra o câncer no Brasil e ao progresso da sociedade, na cidade de Salvador (CÂMARA, 2003). E no ano 2010, homenageado pela própria FCECON, recebeu a medalha Dr. Mário Sahdo ¹⁴.

Nessa trajetória, inclui-se sua atuação como professor nas disciplinas de clínica cirúrgica e oncológica, na Universidade do Amazonas de 1977 a 1995, e preceptor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Amazonas de 1999 a 2000 marcando sua intenção em compartilhar seus conhecimentos com outros profissionais. Contudo é no seu trabalho junto a FCECON que deixa seu mais importante legado na luta contra o câncer no Amazonas: como médico, diretor clínico; chefe do serviço de cirurgia oncológica; diretor técnico e diretor presidente (CÂMARA, 2003).

Suas preocupações ultrapassavam os limites da Fundação e de forma, por vezes concomitante, desenvolveu funções e ocupou cargos envolvendo outras atividades relacionadas a medicina e a saúde: Conselheiro e Tesoureiro no Conselho Regional de Medicina – AM, Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia – seção AM,

¹⁴ Na mesma solenidade também receberam medalhas os médicos Aberlardo Pampolha, João Batista Baldino, João Bosco Lopes Botelho e Leônidas Alves da Silva.

representante da Divisão Nacional do Câncer – Manaus; Diretor, Vice-diretor, Chefe do serviço de cirurgia e Supervisor do programa de residência médica em cirurgia geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas, Assessor e subsecretário da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, secretário municipal de saúde da Prefeitura da cidade de Manaus, membro efetivo do conselho Fiscal da Liga Amazonense Contra o Câncer, representante do MEC junto as unidades federais de Manaus; Sub-Reitor para assuntos comunitários e assessor especial de planejamento físico da Universidade do Amazonas; Conselheiro de ensino e pesquisa do Instituto de Medicina Tropical – Manaus e membro Fundador da Fundação de Apoio Institucional Rio Solimões – UNISOL.

Em meio a tantas atividades o Dr. Jesus ainda acumula um extenso rol em participação em palestras, congressos e cursos tanto para profissionais especialistas, quanto para população leiga. Palestras estas muitas vezes realizadas no hall da Fundação, em sua luta para estender a um maior número de pessoas aspectos relativo a conscientização sobre os cuidados na prevenção e tratamento do câncer.

Juntamente com o Dr. Jesus ¹⁵ podem ser citados, como atuantes na mesma época, os médicos: Dr. João Bosco Lopes Botelho ¹⁶; Dr. Claudionor Cabral Dias e Dr. João Baldino. Além dos dois primeiros radioterapeutas de formação, no Estado, Dr. Raimundo Magalhães Valois Coelho e Dr. Abelardo Rodolfo Lemos Pampolha. Cumpre destacar que o trabalho realizado por esta geração, por vezes os colocavam em uma situação de risco pela exposição à radiação, já que nesses trabalhos de radioterapia os profissionais envolvidos ficavam protegidos apenas por um avental de chumbo durante a execução do procedimento (COELHO, 2014).

Sobre os recursos financeiros

Como hospital público, o CECON passou a funcionar subordinado a Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde. Os recursos para a sua manutenção provinham da arrecadação do Estado, que se destinavam para as despesas regulares tais como: alimentação, aquisição de medicamentos, pagamento dos funcionários e para as despesas de energia, água e etc. No entanto, a arrecadação não contava com um fluxo

¹⁵ Ver Galeria de diretores da FCECON no Apêndice A.

¹⁶ Ver capítulo IV.

regular que garantisse a implementação de melhorias e aquisição dos equipamentos necessários (AMAZONAS, [1982]).

O que vimos, então, foi um trabalho de captação de recursos através de doações pontuais e pelo estabelecimento de convênios para à aquisição de equipamentos e preparação de profissionais especializados, procedimento este que também pode ser observado em outras áreas da saúde, quando analisamos os relatórios da Secretaria (AMAZONAS, [1976]; AMAZONAS, [1977]). Tais recursos eram contabilizados pela Secretaria de Fazenda, depois repassados para a Secretaria da Saúde, que os transferiam para o Centro em um tramite burocrático que, por vezes, comprometia a agilidade das ações. (AMAZONAS, [1982]).

Como exemplo de convênios firmados, citamos aquele assinado entre a SESAU e a Divisão Nacional do Câncer - DNC quando se obteve a liberação de recursos da ordem de Cr\$2.000.000,00 (Dois milhões de cruzeiros), que seriam destinados à ampliação do CECON, onde se incluíam as dependências da garagem, cozinha e centro cirúrgico, além da adequação física para recebimento dos serviços de radioterapia e cobaltoterapia que seriam os primeiros a serem instalados na Amazônia Ocidental (AMAZONAS, [1976]; AMAZONAS, [1977]).

Para a aquisição da Bomba de Cobalto, uma Teratron 780, inúmeras foram as negociações entre a DNC, através do seu diretor do Dr. Humberto Torloni, e o CECON através do então diretor, Dr. Jesus, que se conheciam desde a época em que este último prestava a Residência no RJ. E numa disputa entre as cidades de Manaus e de Belém, no que concerne ao local de instalação do equipamento, a decisão do Dr. Torloni foi então a favor da cidade de Manaus (COELHO, 2014), e assim no ano de 1977 o secretário de saúde Carlos Borborema registra a instalação do equipamento (AMAZONAS, [1977]).

Foi nessa ocasião, diante da necessidade de profissionais que pudessem operar a Bomba de Cobalto após sua instalação, que os médicos Raimundo Valois e Abelardo Pampolha foram enviados ao INCA para cursar e obter a especialização como radioterapeutas, e juntando-se ao grupo, naquela ocasião, se dirigiu a Manaus o médico João Batista Baldino.



Figura 4 - Bomba de Cobalto.

Fonte: Arquivo Deptº de Ensino e Pesquisa – FCECON.

Neste mesmo período foi estabelecido o convênio com o FUNRURAL. No que se relaciona aos cuidados com o câncer foram disponibilizados recursos que foram utilizados na compra e preparação de um ônibus para fazer a coleta do preventivo do câncer do colo de uterino. Segundo, Coelho (2014) o projeto suscitou inúmeras discussões, em especial sobre a viabilidade de deslocamento da equipe: médicos ginecologistas e enfermeiros, através da utilização de um transporte terrestre. Considerando que a região é entrecortada por rios, sujeita a inundações, em que o município mais distante que se podia chegar era a cidade de Itacoatiara, vizinho a Manaus.

Sendo assim, o projeto não conseguiu ir adiante e sua expansão tornou-se inviável. Na época, acrescenta o Dr. Jesus, que além dessas condições geográficas, também aparecia como empecilhos: a dificuldade de armazenamento e envio do material coletado para o laboratório, uma vez que sua análise era realizada no Rio de Janeiro; e no retorno, em relação aos resultados das análises, fazer com que estes chegassem as mulheres que haviam sido atendidas.



Figura 5 - Unidade de atendimento móvel – década de 1970 / Convênio CECON - FUNRURAL.

Fonte: Arquivo Deptº de Ensino e Pesquisa – FCECON.

Através de outro Convênio com a Divisão Nacional do Câncer, foram realizados Curso de Neoplasias na Infância; Curso de Pré-câncer e Câncer de Boca, e completando as realizações relacionadas ao CECON, no ano de 1977, ele passa a receber atendimento da Central de Medicamentos – CEME (AMAZONAS, [1977]).

Em referência a doações recebidas pelo Centro merece destaque aquela oriunda do Fundo Comunitário das Indústrias da Zona Franca de Manaus – Funcomiz que financeiramente em muito auxiliará nos ajustes que aconteceriam na Instituição (AMAZONAS, [1983]). Assumia a superintendência da Zona Franca de Manaus, no ano de 1979, o Sr. Ruy Alberto Costa Lins, em cuja gestão foi instituído o Funcomiz. O Fundo era fruto da arrecadação de um percentual sobre o lucro das empresas ali instaladas, e destinava-se a aplicação em programas de saúde pública, educação e assistência ao menor (SUPERINTENDÊNCIA, 2014).

Como consta no Ofício 01/79 da Liga Amazonense Contra o Câncer – LACC, datado de 20 de abril e assinado pelo seu então presidente o médico João Bosco Lopes Botelho ¹⁷, a instituição foi contemplada, pelo Funcomiz, com uma doação de Cr\$17.000.000,00 (dezessete milhões de cruzeiros) destinada à construção de seu hospital. Todavia, em Assembleia Geral da LACC foi decidido que a quantia seria integralmente utilizada para ampliação das dependências e para aquisição de equipamentos para o CECON (DIAS, 2014; LIGA, 1979a).

Para tanto foi criada uma comissão executiva para acompanhar e fixar prioridades na aplicação da doação, tendo como presidente o próprio presidente da LACC e mais 03 membros: Dr. Heliandro Maia, professor titular da Universidade do Amazonas e diretor

¹⁷ Ver Capítulo IV.

secretário da LACC; a empresária Marlene Braga de Souza ¹⁸, presidente da Rede Feminina Estadual; e Dr. Miguel Angelo Anzoatequi, que atuava na área de proctologia (COELHO, 2014; LIGA, 1979b). Através desse Fundo o CECON ampliou o número de leitos, atingindo nos anos seguintes um total de 60 e ampliou o seu centro cirúrgico. O fato que suscitou uma troca de correspondência de agradecimento por parte do então Governador do Estado José Bernardino Lindoso (AMAZONAS, 1979a), do vice- governador Paulo Pinto Nery (AMAZONAS, 1979b), do então secretário de Estado da Saúde Francisco de Paula Castro Neto (AMAZONAS, 1979c) e do secretário geral da Sociedade Brasileira de Cancerologia, Luiz Carlos Calmon Teixeira (SOCIEDADE, 1979).



Figura 6 – Sra. Armine Lindoso (à frente, a direita), esposa do ex-governador José Lindoso em visita a obra do pavilhão do CECON onde seria instalada a radioterapia e as enfermarias. – Maio/1979.

Fonte: Acervo Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas.

Após essas adequações realizadas através do Funcomiz, a referência sobre registros de novas compras de equipamentos e obras em suas instalações só foi novamente encontrada no relatório de gestão do biênio 1984 e 1986, durante o governo de Gilberto Mestrinho de Medeiros Raposo. Nessa gestão, iniciada pelo secretário de saúde Dr. Nelson Antunes de Araújo Filho, e substituído no ano de 1984 pelo Dr. Euler Esteves Ribeiro, foi realizada a troca da pastilha de cobalto, da máquina adquirida em 1977. Neste processo, estiveram

¹⁸ Ver Capítulo IV.

envolvidas várias entidades sociais tais com o Rotary, a Maçonaria e o Lions Clube: “Partiu-se também para as Embaixadas de Brasília, com o auxílio do Professor Charles Belchier, Assessor de Assuntos Internacionais do Estado do Amazonas. Depois de muitos contatos a pastilha foi adquirida no Canadá, a preço zero para o Estado e já se encontra no Cecon” (AMAZONAS, 1986, p. 55). E voltado para a realização de um melhor diagnóstico, foi assinado um convênio franco-brasileiro onde se conseguiu um acelerador de partículas, um mamógrafo e um sistema de raios-X de 1.200 amperes.

Programas e Ajustes anteriores ao Sistema Único de Saúde

No âmbito da política nacional do controle do câncer, o Ministério da Saúde, pautado em aspectos de racionalidade administrativa, procurava uma aproximação com as Secretarias Estaduais de Saúde, responsáveis diretas pela execução das ações (TANAKA et al, 1992). No âmbito do Ministério da Previdência Social, em 1975, foi criado o Programa de Controle do Câncer (PCC), que a princípio pretendia aproximar as ações de prevenção e diagnóstico precoce, assim como, garantir o direito ao tratamento gratuito na rede de ambulatórios e hospitais de saúde pública. De forma concomitante continuavam sendo realizadas, no âmbito do Ministério da Saúde, as ações relacionadas ao PNCC. A DNC participava do PCC através do incentivo a formação de profissionais, juntamente com a Sociedade Brasileira de Cancerologia e faculdades relacionadas à área. Assim eram estabelecidas ações que envolviam a prevenção, o tratamento e a pesquisa do câncer (TEIXEIRA; FONSECA, 2007 e TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Na Secretaria de Estado da Saúde, a partir da segunda metade da década de 1970, aparece como pauta de trabalho a questão da descentralização dos serviços e sua adequação ao Sistema Nacional de Saúde ¹⁹. O objetivo era melhorar desempenho do setor que, até então, se caracterizava pela dispersão de recursos e pela falta de definição das competências entre as entidades relacionadas à saúde.

Não foi possível identificar, nas fontes analisadas, referências literais associando as ações desenvolvidas dentro do Estado do Amazonas com qualquer um dos planos mencionados. No entanto, foi possível perceber que a movimentação para o controle da doença era mais presente na pauta da Secretaria de Estado da Saúde.

¹⁹ Sistema instituído pela Lei nº 6.229/75 onde foram estabelecidas as competências das diferentes esferas de governo, incluindo referências ao setor privado (BRASIL, 1975; PAIM, 2009).

A partir de 1977 é instalado um programa, que tinha como objetivo o controle de câncer cérvico-uterino, voltado para o interior do Estado. Isso se deu através do estabelecimento de um convênio com a Superintendência da Borracha – SUDHEVEA, já que esse tipo de câncer apresentava, há alguns anos, uma tendência de crescimento (AMAZONAS, 1977).

Não se tratava, contudo, de um serviço exclusivo de controle do câncer de colo de útero, pois nele também estavam incluídas atividades como: a de assistência médico-odontossanitária; a de proteção materno-infantil; a de diagnóstico, controle e acompanhamento de doenças como hanseníase e tuberculose; além da intenção de supervisionar, acompanhar e avaliar os Agentes de Saúde Rural que realizavam atividades de Medicina Simplificada ²⁰.

O público alvo eram as populações ribeirinhas, e de forma mais específica às famílias dos seringueiros, como forma de apoiar aqueles que se dedicavam a produção da borracha, garantindo o fluxo produtivo na região. A prestação do serviço era realizada através de 03 Unidades Móveis flutuantes distribuídas nas seguintes regiões: Barco Seringueiro I – Rio Madeira com sede em Manicoré; Barco Seringueiro II – Rio Juruá com sede em Eirunepé; Barco Seringueiro III – Rio Purús com sede em Lábrea ²¹ (AMAZONAS, [1983]).

Sua estrutura física consistia em consultórios médico e odontológico, laboratório, cozinha, almoxarifado e acomodação para equipe que era formada por: 01 médico, 01 odontólogo, 01 enfermeira, 01 auxiliar de patologia clínica, 02 atendentes de enfermagem, 01 contra mestre fluvial, 01 motorista, 01 marinheiro fluvial, 01 cozinheiro e 01 taifeiro. Não foi possível identificar o número específico de casos de câncer encontrados na época já que no quadro de atividades disponível, correspondente ao ano de 1982, o programa de câncer aparece somado a outras moléstias (AMAZONAS, [1983]).

²⁰ Cujá equipe era composta por 79 agentes distribuídos: 15 no vale do Rio Madeira, 38 no Vale do Rio Purus e 26 no Vale do Rio Juruá. De acordo com Cueto (2004) citado por Paiva e Teixeira (2014), esse tipo de experiência, ganhou popularidade, neste período, em países em desenvolvimento, a exemplo dos Médicos de Pés Descalços, adotado na Republica Popular da China.

²¹ Para localização geográfica das cidades e rios citados, ver Anexo A.

Atividade	Seringueiro I	Seringueiro II	Seringueiro III	Total
	Rio Madeira	Rio Juruá	Rio Purus	
	15 agentes	26 agentes	38 agentes	
Atendimento médico	20.187	25.846	23.350	69.383
Atendimento odontológico	6.366	6.937	9.273	22.576
Atendimento de enfermagem	19.157	12.027	29.400	60.584
Exames dermatológicos	7.657	7.481	5.556	20.712
Controle de Hanseníase	3.651	8.974	2.986	15.611
Casos novos de MH	29	205	99	333
Controle de TB	25	-	16	41
Casos novos de TB	02	-	01	03
Imunizações	8.874	12.009	13.270	34.153
Controle de câncer cérvico-uterino e outras moléstias	367	68	396	831
Exames de laboratório	2.569	2.772	3.963	9.304
Total	68.884	76.319	88.310	233.531

Tabela 2 - Demonstrativo das atividades realizadas pelas Unidades Móveis em 1982.

Fonte: AMAZONAS, [1983].

Apontando para uma continuidade dos trabalhos realizados o projeto foi novamente citado em relatório da Secretaria de Estado da Saúde no ano de 1986. Ali apresentava-se registrado a continuidade do atendimento a estas áreas rurais, a inclusão dos municípios de: Itacoatiara e Borba e em fase de implantação os municípios de Coari e Tefé (AMAZONAS, 1986).

Na esfera federal, em meio às atividades do PNCC e do PCC, em 1978, a DNC foi extinta, e em seu lugar passa a atuar a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCCD), como parte da Secretaria Nacional de Programas Especiais (SNPES) e como uma divisão do Ministério da Saúde, mas sem recursos próprios. A descontinuidade entre o PNCC e o PCC não permitiu suprir as necessidades da população, contudo eles avançaram no sentido do desenvolvimento de ações pautadas em planejamento integrado objetivando o controle da doença (TEIXEIRA; FONSECA, 2007 e TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

No Amazonas, embora o programa de controle do câncer esteja associado à própria criação do CECON, no ano de 1979, quando Francisco de Paula Castro Neto encontra-se como secretário do Estado, que essa tendência de planejamento é reafirmada atingindo

diferentes setores da secretaria. Em relação ao câncer instala-se, na capital, um incipiente programa englobando prevenção, tratamento e controle especificamente voltado ao câncer de colo de útero, neste mesmo ano. O Programa foi implantado nas Unidades de Saúde: Centro de Saúde do Morro da Liberdade, Ajuricaba, Santo Antônio, São Raimundo e Ambulatório de Dermatologia e Venereologia Alfredo da Mata ²². Para tanto foram promovidos treinamentos de médicos para atuarem nessas Unidades, através de uma parceria estabelecida com órgãos federais e com a Liga Amazonense de Combate ao Câncer (LACC).

Como resultado desse movimento, ocorreu um aumento no número de atendimentos gerais, como pode ser observado no quadro abaixo. Contudo, em relação ao número de atendimentos ginecológicos, se comparamos os resultados dos anos de 1980 e 1981 com o de 1979 – primeiro ano do programa - observaremos uma queda. A secretaria atribuiu o fato a uma falha nos procedimentos de divulgação, e intensificando um trabalho de envolvimento da comunidade no processo, há o registro de crescimento no ano seguinte (AMAZONAS, [1982]).

Atividade	Ano			
	1979	1980	1981	1982
Atendimentos Gerais	12.648	15.090	15.635	16.461
Atendimentos Ginecológicos	6.385	3.864	5.829	10.184
Exames Complementares*	10.879	4.039	6.288	11.546
Casos Novos de Câncer	290	272	234	300
Tratamentos Cirúrgicos	966	684	719	669

*Exames complementares: urina, sangue, fezes, retossigmoidoscopia, citoscopia, citologia, patologia e radiologia.

Tabela 3 - Controle Preventivo e Curativo do Câncer no Estado.

Fonte: AMAZONAS, [1982].

Outro aspecto apresentando pela secretaria é o que se refere aos tipos de câncer. Segundo análise realizada nota-se que 75% dos casos de câncer de colo de útero do ano de 1981 eram de carcinoma invasor, o que evidenciava a necessidade de intensificação de ações de prevenção e ampliação da cobertura da população alvo (AMAZONAS, [1982]).

²² No relatório da secretaria de 1983 as Unidades de Saúde de Santo Antônio, São Raimundo aparecem como em fase de implantação, enquanto o atendimento no Ambulatório de Dermatologia e Venereologia “Alfredo da Mata” não consta como Unidade prestadora do atendimento.

Em fevereiro de 1981, Francisco de Paula se afasta da Secretaria de Estado da Saúde - SESAU para assumir como secretário da secretaria Nacional de Programas Especiais - SNPES, e em seu lugar é nomeado Tancredo Castro Neves. Em convênio entre SESAU e SNPES possibilita a alocação de recursos para aplicação em vários Programas desenvolvidos no Estado. E como demonstra a tabela a seguir, podemos perceber que, comparativamente aos demais programas ali apresentados, o custo que envolvia os cuidados dirigidos ao controle do câncer era o que movimentava a maior soma de recursos. Assim sendo, o fortalecimento de ações de prevenção e de diagnóstico precoce além de promover resultados positivos em relação a diminuição dos índices relacionados a doença, também poderia se constituir como elemento que contribuiria com a diminuição de custos relacionados ao seu tratamento.

Objeto	Valor – Cr\$	Total
Programa de Dermatologia Sanitária	720.000	
Programa de Saúde Mental	1.200.000	
Programa de Controle de Câncer	2.250.000	
Programa de Controle de Tuberculose	400.000	
Programa materno Infantil	928.300	5.498.300

Tabela 4 - Convênio com a SNPES.

Fonte: AMAZONAS, [1982].

Neste período, o movimento de implementação de cuidados e ações em relação ao câncer, se relaciona com a criação do Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), em 1982. Este seria coordenado pelo Instituto Nacional de Previdência Social e pelo Departamento Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Em 1983, seriam estabelecidos convênios entre o Ministério da Previdência, Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado de Saúde, que possibilitaram o financiamento de postos de saúde, ambulatórios e hospitais. O Inca foi reestruturado, as atribuições da DNDCCD são transferidas para ele, marcando no seu retorno como centro da política de controle do câncer no país (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

No âmbito do Estado do Amazonas, os entraves locais continuavam a existir. A meta estabelecida pela SESAU de equipar as 05 unidades da capital para desenvolver o programa cérvico-uterino, apenas 03 conseguiram ser efetivadas. Em relação à preparação de pessoal para atuação no programa, aparece a menção de que: “O Treinamento dos Técnicos de Nível

Superior e Médio para o Programa Cérvico-Uterino não foi realizado pelo CECON por falta de materiais e equipamentos específicos” (AMAZONAS, [1983], p. 83).

O que se verificou é que somente 03 anos depois a meta inicial consegue ser atingida, com os atendimentos do programa na capital sendo realizados nas Unidades: Morro da Liberdade, Centro de Dermatologia e Venereologia Alfredo da Matta, Japiim, Santa Luzia e Antônio Aleixo (AMAZONAS, 1986).

A situação não atingia apenas o programa cérvico-uterino, e em referência aos aspectos gerais do setor de saúde a secretaria sinalizava que algumas das atividades programadas não puderam ser realizadas, em decorrência, principalmente, da insuficiência de recursos financeiros e/ou pelo atraso em sua liberação. Isso nos permite afirmar que a questão de captação de recursos financeiros continuava sendo um ponto nevrálgico para o bom desenvolvimento das atividades propostas (AMAZONAS, [1983]).

No nível nacional, com o processo de redemocratização na década de 1980, o setor saúde teve importantes mudanças, que iriam repercutir na política de combate ao câncer. A primeira mudança foi a criação da Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), em 1980, que fixaria os repasses federais dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social para os estados e municípios. Em seguida, deu-se a instauração do Plano de Reorientação à Saúde da Previdência Social - Plano do CONASP, em 1982. Esse plano propunha: a priorização da atenção básica; o controle de gastos para fazer frente à crise financeira do período; expansão da cobertura através do estabelecimento de um sistema regionalizado, hierarquizado e integrado nas suas diferentes esferas.

Seguindo este direcionamento são estabelecidas as Ações Integradas de Saúde (AIS), e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), em 1987, ambos destacando os mecanismos de programação e previsão orçamentária integrada. A gestão do sistema seguiria uma lógica de organização descentralizada, com as secretarias estaduais de saúde assumindo a responsabilidade dos sistemas de saúde locais. A este movimento somam-se, em 1986, a realização da VIII Conferência nacional de Saúde - VIII CNS e a realização os trabalhos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS, culminando na elaboração do projeto constitucional de 1988 (MERCADANTE, 2002).

Nesse período, a Secretaria de Saúde do Amazonas apresenta um diagnóstico sobre o processo de implementação das AIS no Estado, e, juntamente a ele, uma proposta de ações que contribuiriam para a sua consolidação. Dentre as deficiências são apontadas: baixa integração e falta de visão global do setor da saúde, inclusive em relação à gerência de

recursos e a centralização do poder decisório; existência de uma estrutura deficitária, que provocava uma inadequação dos serviços às necessidades da população; baixa produtividade dos recursos existentes; desigualdade no acesso aos serviços da rede básica e especializada. Em relação ao serviço de câncer, os atendimentos eram realizados quase que totalmente na instituição de referência, pois a rede de atenção básica passava por processo de estruturação, o que ocasionava um excesso de atendimentos na rede hospitalar.

No âmbito da reestruturação da política de saúde, algumas propostas são encaminhadas pela Secretaria de Estado da Saúde: uniformização da administração dos recursos federais, estaduais e municipais através de uma coordenação multi-institucional, visando racionalizar o uso dos recursos com a criação de um Fundo de Saúde do Estado do Amazonas; municipalização dos serviços básicos de saúde; desenvolvimento de aspectos relativos ao planejamento, avaliação e gerência do Sistema de Saúde.

O objetivo era a construção de um novo modelo assistencial e de organização dos serviços; maior cuidado com a humanização do atendimento ao paciente; garantia do acesso aos serviços seja na área urbana, incluindo a periferia, assim como nas áreas rurais.

Foram incluídas nessa proposta a regionalização das ações de saúde e a busca de novas estratégias; estruturação do sistema de referência e contra referência a todos os programas em funcionamento; reestruturação organizacional da própria SESAU.

Essas propostas de ações, embora não tenham aparecido como implementadas nos relatórios conseguintes, fizeram parte nas discussões de implantação do Sistema Único de Saúde, que interferirão na constituição e trajetória assumida pelo CECON.

Programas e Ajustes posteriores ao Sistema Único de Saúde

O estabelecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988, traz grandes desafios, considerando que ele representou a saída “de um sistema previdenciário dirigido para garantir os serviços médicos e ambulatoriais aos trabalhadores do seguro geral de previdência social para um sistema de acesso universal” (SANTOS; ANDRADE, 2011). A operacionalização desse sistema exigiu adaptações, reformulações e criação de novas estratégias de assistência, impulsionada pela inserção de novos paradigmas na política de saúde, exigindo reformulações na gestão do trabalho e na área de gestão administrativa.

O funcionamento do SUS reforçou conceitos como o de cooperação e de coordenação, em que todos os envolvidos no sistema – do gestor ao usuário - foram chamados a participar. A estrutura de gestão se constituiu de modo hierárquico e participativo:

É o que está previsto no artigo 198 da Constituição. Os artigos 198 e 200 dispõem especialmente sobre o sistema público de saúde, designando-o como “único”, em razão da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema, a ser executado por muitos entes políticos e autônomos.

Bastariam essas duas características – “ser único”, ao mesmo tempo que é “descentralizado” – para impor a esse sistema um modelo de rede no qual todos os envolvidos se interconectam e se mantêm como unidade autônoma. Mas outro elemento integrador das ações e serviços foi adicionado ao sistema de saúde: “a integralidade da assistência à saúde do indivíduo” (art. 198, II, da CF, e art. 7º, II, da Lei nº 8.080/90). Sem uma rede de serviços, não é possível garantir a integralidade da atenção à saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011, p. 1673-4).

Frente a esses novos desafios, vimos no CECON a adoção de uma série de providências e medidas que foram sendo discutidas, incorporadas, e introduzidas como forma de adaptação ao novo sistema. Um dos primeiros indícios dos ajustes operacionais foi a formulação de um Projeto de Lei, durante o Governo de Amazonino Armando Mendes e tendo como secretário da saúde o Dr. Euler Ribeiro, para transformar o Centro de Controle de Oncologia em Instituto de Oncologia do Amazonas com o objetivo de que, como Instituto, conseguisse uma maior agilidade e eficiência gerencial. Que se garantisse a autonomia administrativa e financeira; através de um orçamento próprio e onde houvesse uma maior facilidade para a obtenção e aplicação das verbas federais.

Em 20 de dezembro de 1989, pela Lei Nº 1935, assinada pelo governador em exercício Vivaldo Barros Frota, e na época como secretário de saúde o Dr. Tancredo Castro Soares, o CECON foi transformado em Fundação Centro de Controle de Oncologia.

Desde então, a Fundação passou a adotar um modelo autônomo de gestão financeira e gestão sobre a política de recursos humanos; personalidade jurídica de direito privado, sendo criado um Fundo de Oncologia cuja forma de utilização e aplicação seriam dispostas no Estatuto que seria aprovado no ano seguinte.

Art. 6º - São receitas do Fundo de Oncologia:

- I – dotação orçamentária que lhe forem expressamente consignadas na Lei de Meios do Estado;
- II – créditos adicionais que lhe forem abertos;
- III – importância que, à conta de recursos adicionais, lhe for destinada por órgãos públicos, federais, estaduais ou municipais;
- IV – contribuições de qualquer natureza de entidades públicas ou privadas, federais, nacionais ou estrangeiras;

V – ajuda de organismos internacionais;
 VI – donativos angariados através de campanha públicas de mobilização social;
 VII – doações individuais;
 VIII – pagamento de assistência médica, por pacientes sem cobertura de instituições seguradoras de saúde, públicas ou privadas;
 IX – contrapartida pelos serviços de qualquer natureza, executados mediante acordos, ajustes, convênios ou contratos com instituições seguradoras, previdenciárias e outras públicas, filantrópicas ou privadas;
 X – produtos de operações de créditos;
 XI – recursos obtidos por alienações patrimoniais;
 XII – rendimentos de aplicações no mercado aberto;
 XIII – saldos apurados em balanço ao final do exercício; e
 XVI – outras rendas eventuais, inclusive de natureza industrial (AMAZONAS, 1989).

O referido Estatuto foi aprovado pelo Decreto Nº 12.910, de 30 de março de 1990. Além das alterações já apresentadas, ele introduziu a participação de novos atores na equipe responsável pela gestão administrativa, atores estes que embora já participassem de forma efetiva de suas ações, não integravam o quadro administrativo legal. Assim, a Fundação passou a funcionar com uma Administração Superior composta por um Conselho Diretor - C.D., que passa a atuar como órgão deliberativo onde as decisões passariam a ser tomadas sob a forma de Resolução e pela maioria absoluta de seus membros, e sendo formado pelo:

- Secretário de Estado da Saúde do Amazonas,
- Presidente da Fundação Centro de Controle de Oncologia,
- Representante da Liga Amazonense contra o Câncer,
- Representante da Rede feminina Estadual de combate ao Câncer do Amazonas,
- Representante do Conselho- Administrativo,
- Representante dos Funcionários da FCECON.

A sua Direção Geral continuou a ser exercida pelo:

1. Presidente, que passa a ser nomeado em comissão pelo Governador do Estado, por indicação do Secretário de Saúde. Nome este retirado de uma lista tríplice encaminhada pela Fundação e resultante de processo técnico seletivo, a ser exercido por um período de mandato de quatro anos;
2. Vice-Presidente, designado pelo Secretário de Saúde mediante indicação do Presidente da Fundação, e ambos deveriam preencher os requisitos que aparecem dispostos no mesmo Estatuto;
3. Conselho Técnico-Administrativo - C.T.A., composto pelo presidente da FCECON; pelos diretores de departamento Médico Assistencial, de Administração, de Pesquisa e Recursos Humanos; pelos chefes de divisão e pelos representantes dos funcionários.

Cujas atribuições incluíam-se: a elaboração do Plano Anual de Ação - PAA, elaboração da Programação orçamentária e indicação do representante do CTA junto ao Conselho Diretor, entre outras.

Outro item que merece destaque quando se analisa o Estatuto, diz respeito à inclusão, de forma específica de um Departamento de Recursos Humanos e Pesquisa, compreendendo uma Divisão de Epidemiologia, que se responsabilizaria pelos serviços de Registro Nacional de Patologia Tumoral e de Pesquisa Básica, e a Divisão de Recursos Humanos com os serviços de Centro de estudos, biblioteca e Planejamento, Programação e execução de reuniões, cursos, estágios e residência. Muito embora a parte de pesquisa e prevenção se apresentasse de forma bem rudimentar; o Estatuto reafirma o funcionamento da Fundação como hospital de ensino, através de um projeto de extensão, em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade do Amazonas, que já vinha sendo desenvolvido desde o ano de 1997 (AMAZONAS, 1999b; COELHO, 2014).

Inclui-se neste período, a inserção da FCECON no quadro de hospitais que a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas apresentava como alternativa de campo de estágio. Essa parceria contribuiu de forma significativa no serviço especializado em limpeza hospitalar, além de ampliar o quadro de profissionais de enfermagem trazendo um maior suporte na condução e na melhoria da qualidade dos serviços realizados (OLIVEIRA, 2014).

Nesta época a FCECON oferecia 60 leitos para atendimento a população, 25.000 (vinte e cinco mil) consultas ambulatoriais, por ano; uma taxa de ocupação média de 80% o que era considerada muito boa pelo Ministério da Saúde. A média de permanência era de 25 dias, o que era considerada elevada, mas que se justificava pelo caráter de atendimento dado a população vinda do interior do Estado, que possuía sérios problemas no que tange a questões sociais e de alojamento.

A estrutura apresentada pela Instituição refletia a complexidade dos serviços clínicos oferecidos:

- Divisão de Cirurgia Oncológica: serviços cirúrgicos de cabeça e pescoço; abdomino-torácica; genito pélvica e urológica; neurológica; óssea; pediátrica e plástico reparadora.
- Divisão de Clínica Médica, Oncológica e de Apoio Terapêutico: serviços de oncologia clínica (quimioterapia); hematologia e hemoterapia; anestesiologia; terapia intensiva e recuperação; infecção hospitalar; psicologia, reabilitação e fisioterapia e clínica médica.

- Divisão de Radioterapia: serviços de radioterapia, cobaltoterapia e braquiterapia²³ de alta taxa de dose.
- Divisão de Serviços Complementares de Diagnósticos: serviços de anatomia patológica, patologia cirúrgica e necropsia; citopatologia; imagenologia, radiologia clínica, ultra sonografia, medicina nuclear; endoscopia; patologia clínica, bioquímica do sangue, bacteriologia, imunologia, hematologia, parasitologia e urianálise.
- Divisão de Enfermagem: serviços de ambulatório - triagem, clínica, cirúrgica, serviços no centro cirúrgico – recuperação e CTI, esterilização; e enfermaria clínica e cirúrgica;
- Divisão de Serviços Técnicos: serviços de farmácia, nutrição e dietética, serviço social e Serviço de Atendimento Médico e Estatística - Same. (AMAZONAS, 1990; COELHO 2014).



Figura 7 - Equipamento de Braquiterapia.

Fonte: FCECON – Deptº Ensino e Pesquisa.

²³ É uma forma de radioterapia em que materiais radioativos são implantados nas proximidades do tumor.

Uma vez atingida tal configuração, através da Portaria Nº. 144 de 25 de agosto de 1994, o Ministério da Saúde reconheceu a FCECON como Hospital de Alta Complexidade, (AMAZONAS, 1999a; AMAZONAS, 2002). Torna-se, assim, uma referência como prestador de serviço que envolvia alta densidade tecnológica e alto custo. Passa a oferecer serviços qualificados a população, tentando atuar de forma integrada aos serviços de atenção à saúde, seja a atenção primária ou a de média complexidade. A habilitação representava o atendimento das exigências e normas regulamentadoras daquele tipo de serviço, deixando a posição de exportador para receptor de pacientes da região, além de ter permitido uma pequena melhora da renda recebida pelos serviços prestados (BRASIL, 2009).

Segundo o médico Manoel Jesus (2014), que atuava como diretor da FCECON na época, o estabelecimento do SUS, no que concerne ao atendimento público prestado não apresentou modificações muito profundas, já que a instituição já atuava como hospital público. No entanto, no que tange a questão de recursos, em um primeiro momento, a sua implementação proporcionou uma melhor organização e regularidade no recebimento de dotações oriundas do Ministério da Saúde, o que em muito ajudaria nas questões de planejamento e na execução das ações necessárias ao serviço.

Como vimos anteriormente, nos anos iniciais, os recursos regulares procediam apenas do orçamento do Estado, que eram complementados de forma irregular pelos convênios que se fazia com o próprio Ministério da Saúde, ou com outras instituições e entidades através de verbas específicas. Com o SUS, foi implementado um novo período administrativo financeiro “(...) quando você entra apresenta as contas de maneira adequada, dentro de um prazo médio de 60 dias você recebe o primeiro pagamento, e uma vez recebido é talvez o pagamento mais regular do Brasil. Como a folha de pagamento era de responsabilidade pelo governo estadual, os recursos do governo federal vieram somar ao orçamento” (COELHO, 2014).

Contudo nos anos que se sucederam, os entraves, no processo de consolidação das propostas do SUS, não tardaram a aparecer, e como analisa Menicucci (2007)

A operacionalização da reforma implicava transformações político-institucionais e organizacionais de grande envergadura, sendo o grande esforço inicial promover a descentralização. Para o alcance dos objetivos finalísticos da reforma, o financiamento é o recurso imprescindível, envolvendo não apenas o volume, mas a forma de repasse dos recursos do governo federal para os estados e municípios uma vez que a descentralização se fez na dependência dos recursos federais, principais

responsáveis pelo financiamento das ações de saúde: cerca de 80% até o final da década de 80 e 70% na década de 90 (MS/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2001), reduzindo-se recentemente para 52% (MS/SCTIE-DES, apud Conasems, 2004) (MENICUCCI, 2007. p.310).

Esses entraves podem ser percebidos quando se compara os percentuais sobre a origem de recursos que compõem o total do orçamento da Fundação, onde no primeiro relatório de gestão analisado neste estudo, referente ao ano de 1999, o SUS participa com 51% do total do orçamento e o último relatório analisado - ano de 2011 - ²⁴, este percentual cai para 27,45%, Isso ilustra o processo de queda da participação da União no financiamento da Fundação, o que levará a um processo de ajustes e reorientações institucionais.

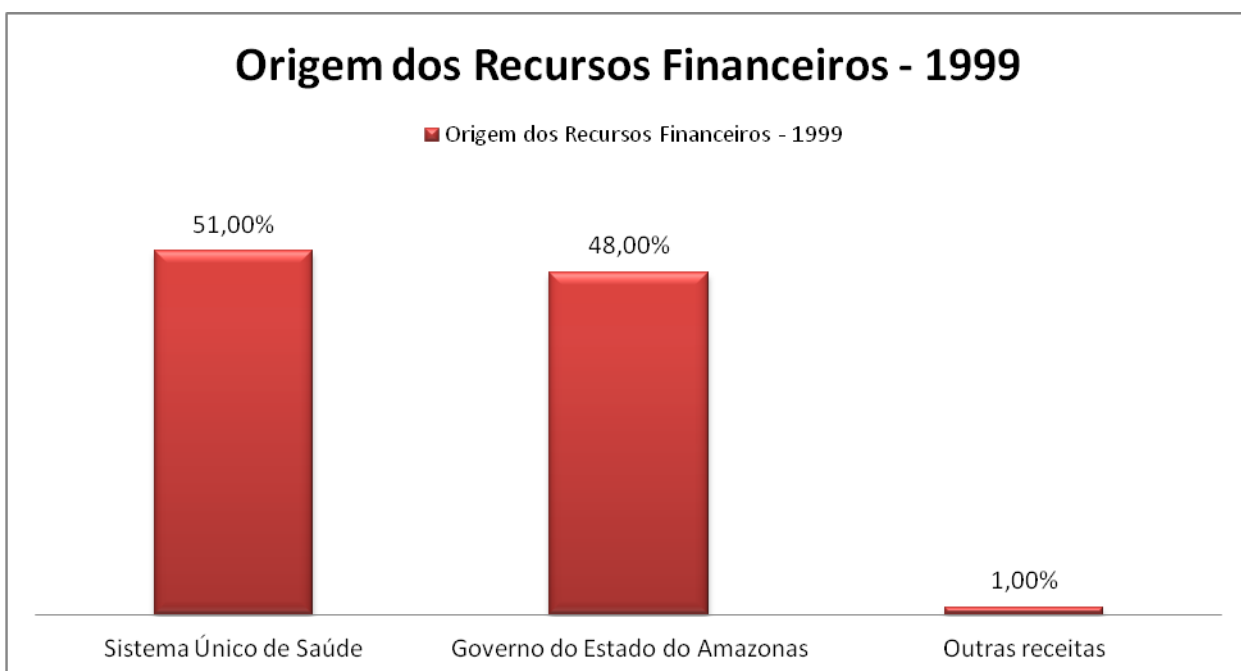


Gráfico 1 – FCECON - Origem dos recursos financeiros, ano 1999.

Fonte: AMAZONAS, 1999b, p.52.

²⁴ Nos Relatórios de Gestão referentes aos anos 2007, 2009 e 2010 não foram disponibilizadas informações sobre a origem dos recursos financeiros.

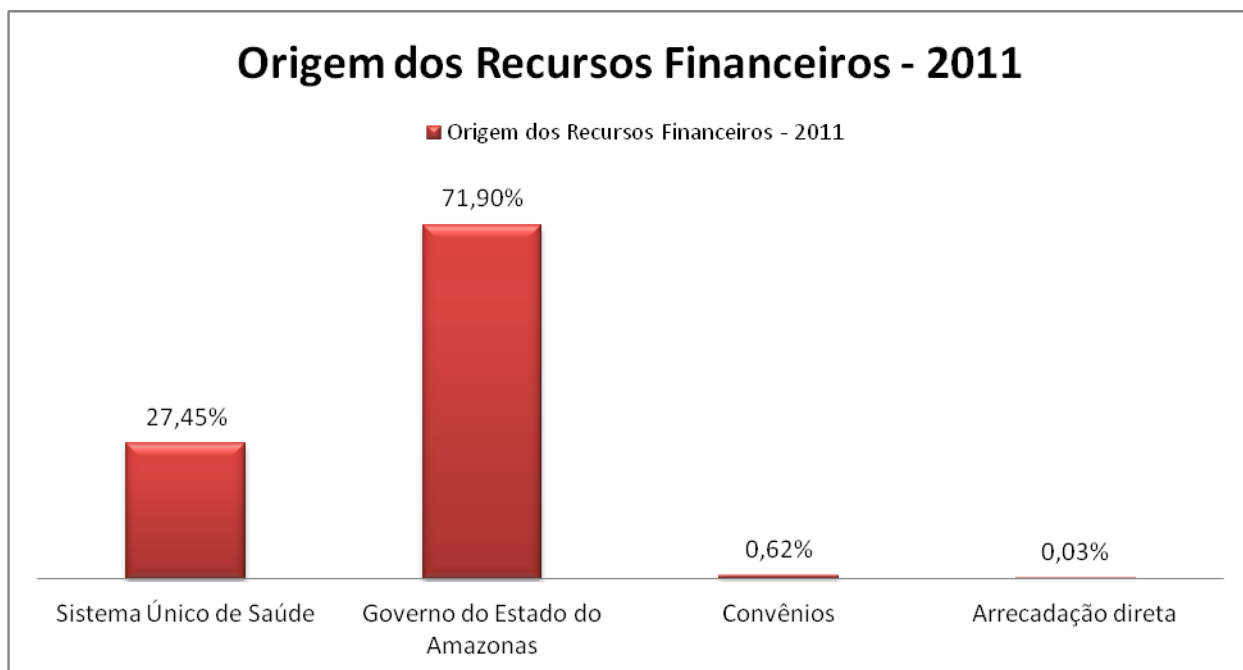


Gráfico 2 – FCECON - Origem dos recursos financeiros, ano 2011.

Fonte: AMAZONAS, 2011a, p. 31.

Ao final da década de 1990 e ao longo dos anos 2000, várias outras situações pontuais ocorreram em relação à gestão financeira da Fundação. Exemplo disso foi o processo de contenção de despesas por parte do Governo Estadual, ocorrido em 1999. Este passou a se responsabilizar apenas com os custos de pessoal e encargos sociais, transferindo os custos de manutenção para própria Fundação. Esta resolução desencadeou um processo de reorientação e contenção orçamentária por parte da sua administração, em prol da manutenção dos serviços prestados, inviabilizando os projetos de expansão.

Agravando a situação, neste mesmo ano, todos os processos licitatórios foram concentrados em um único local, na Comissão Geral de Licitação – CGL. Essa orientação aumentou a burocracia e gerou uma maior lentidão até a conclusão das apreciações solicitadas. A demora na resolução de processos de necessidade urgente, como aqueles referentes à compra de medicamentos e materiais cirúrgicos, gerou riscos para os pacientes que necessitavam de tratamento. Nesse período, todas as Fundações da área de saúde do Estado tiveram sérias dificuldades para desenvolvimento de suas atividades. O quadro só conseguiu ser revertido quando através de pressões do próprio setor da saúde, foi implantada, no ano seguinte, uma Comissão Especial de Licitação das Fundações de Saúde – CEL/FS a fim de agilizar o processo e diminuir os transtornos que haviam sido criados (AMAZONAS, 1999b).

Embora não se inclua como objetivo específico deste estudo a realização de uma análise aprofundada sobre a questão orçamentária da FCECON, julgamos oportuno a sua menção, pela importância que ela tem para o desenvolvimento das atividades e programas da Fundação. Entendemos que há um estreito relacionamento entre a implementação das ações e serviços que são recomendados pelas políticas formuladas para controle da doença e os recursos financeiros disponibilizados e que viabilizam ou não estas implementações, e ainda, no sentido de suscitar pesquisas posteriores, que tragam um maior esclarecimento e detalhamento sobre o assunto.

A cada resolução por parte do Ministério da Saúde a FCECON buscava o fortalecimento e adequação de seu funcionamento e ações. Exemplo disso aconteceu com a publicação da Portaria GM/MS Nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, que estabeleceu os critérios para o cadastramento dos centros de atendimento em oncologia. Com a Portaria GM/MS Nº 3.536 de 02 de junho de 1998, que implantou a sistemática de Autorização os Procedimentos de Alta Complexidade – APAC relativas aos custos da quimioterapia e da radioterapia. Com a Portaria SAS/MS Nº171, de 02 de outubro de 1998, que inclui na Tabela de Tipos de Unidades do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e conceitua os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (AMAZONAS, 1999c).

Com base nos critérios estabelecidos por estas portarias, a Fundação busca o aperfeiçoamento do acompanhamento e gerenciamento dos recursos, assim como ajustes no sistema de atendimento aos pacientes. E assim, com a publicação da Resolução Nº0029/99 – CIB/AM, de 30 de junho, da Secretaria da Saúde, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB/AM²⁵, que aprova o cadastramento da FCECON como Centro de Alta Complexidade em Oncologia.

Há de se ressaltar que a decisão política por parte da Secretaria de Estado da Saúde de priorizar os cuidados com a Média e Alta Complexidade também estava relacionada com o objetivo de reorganizar e ajustar o Sistema Único de Saúde do Estado. Como parte do esforço do Ministério na ampliação do número de centros de excelência, na tentativa de correção das disparidades regionais, pois a maior concentração de oferta dessas modalidades de serviços estava nas Regiões Sul e Sudeste.

²⁵ As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram regulamentadas pela Norma Operacional Básica Nº1 de 1993, constituem-se como “espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais de processo de descentralização das ações de saúde” (BRASIL, 2009). São formadas por representantes das duas esferas de governo: a estadual e a municipal.

Em continuidade a este trabalho, em 2001, a Fundação deu um novo salto a caminho da adequação aos critérios estabelecidos pelas portarias observadas. Nesse momento deu-se a elaboração de um projeto de ampliação de seu espaço físico, que capacitaria o hospital para a realização de todas as formas de procedimentos relativos aos cuidados com o câncer.

Assim, ainda durante o Governo de Amazonino Mendes, agora tendo Francisco Deodato Guimarães, como seu secretário da saúde, iniciou-se a construção do novo prédio da Fundação, cuja conclusão se daria no ano de 2006, durante o governo de Carlos Eduardo de Souza Braga, tendo como secretário de saúde Wilson Duarte Alecrim.



Figura 8 – Construção das instalações da FCECON, 2003.

Fonte: Amazonas, 2003.

Com a expansão houve um incremento no quadro de servidores e um reforço para o fortalecimento das áreas de pesquisa e ensino. O novo prédio passa a funcionar em 09 andares, numa área total de 6,8 mil metros quadrados. A Radioterapia foi ampliada e novos equipamentos foram adquiridos. O número de leitos passou para 193 leitos ²⁶, além da construção de 08 salas de cirurgia de grande porte, de um Centro de Estudos, de uma Unidade de Terapia Intensiva, assim como a estruturação para criação de um Centro de Transplante de Medula Óssea. Segundo um Balanço da Secretaria de Saúde, a expansão da área cirúrgica ampliou de forma significativa o número de atendimentos realizados passando de 1.729 cirurgias em 2003 para 2.152 até outubro de 2006; assim como o número de internações que

²⁶ No Relatório de atividades do ano de 1999, consta que o projeto havia sido elaborado para a implantação de 120 leitos e Relatório de Gestão, do ano de 2011, a Fundação funcionou com um total de 110 leitos.

em 2003 eram de 4.823 subindo para 5.132, e o atendimento ambulatorial que somava 460.901 e passou para 611.694 no mesmo período (AMAZONAS, 2007).



Figura 9 - Instalações inauguradas em 2006.

Fonte: AMAZONAS, 2007.

Embora o espaço tenha sido criado e inaugurado, os serviços e instalações não foram utilizados de forma imediata, sendo que outros continuam sem oferecer o serviço para o qual foram construídos, a citar o Centro de Transplante de Medula Óssea, necessário para os casos de leucemias e linfomas. Além disso, frente ao aumento do volume de atendimentos, os esforços para o aumento do número de médicos patologistas e a compra de equipamento, não ocorreu na mesma proporção, o que resultou na demora de 3 a 4 meses para obtenção de um resultado de biópsia.

Em 2002 a Fundação conseguiu instituir o primeiro curso de Residência Médica e a especialização em enfermagem Oncológica. Em 20 de março de 2003, uma vez tendo atingido as exigências especificadas pela Portaria SAS/MS nº472, de 23 de julho de 2002, e por ter sido aprovado pela avaliação técnica competente, a Fundação CECON é cadastrada como Centro de Referência em Tratamento da Dor Crônica (BRASIL, 2003).

Com a sua continuidade, o trabalho foi assumindo uma maior complexidade, recebendo o nome de Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos – STDPC passando a ser realizado por uma equipe multiprofissional, englobando os serviços: ambulatorial, hospitalar e domiciliar, atividades estas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional do Câncer voltado para o alívio da dor e prevenção do sofrimento.

CAPÍTULO III – Viva Mulher: Prevenção e controle do câncer do colo do útero no Amazonas.

A implantação do Programa

O cuidado específico em relação à prevenção e controle do câncer do colo do útero no Estado do Amazonas inicia a sua estruturação oficial a partir do ano de 1999. A Secretaria de Estado da Saúde adota a Fundação Centro de Controle de Oncologia – FCECON como a instituição responsável de operacionalizar os programas de prevenção e controle do câncer. Desencadeando no Estado o processo de descentralização dos serviços e cuidados, relativos a doença, que vinha sendo implantado pelo Ministério da Saúde, através do Viva Mulher.

O Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero foi a denominação dada a um Projeto Piloto, criado no ano de 1996, a partir do reconhecimento por parte do Ministério da Saúde de que era necessário o estabelecimento de um programa que estendesse a prevenção e controle da doença por todo o território nacional. Assim, no período compreendido entre janeiro de 1997 e junho de 1998 foi implantada uma experiência piloto nas cidades de Curitiba, Recife, Rio de Janeiro, Belém e Sergipe cuja prioridade era a realização do exame citopatológico – Papanicolaou, de mulheres com a idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos que padronizaram a coleta do material, o seguimento e conduta frente às alterações citológicas encontradas; tendo como resultado o atendimento de 124.440 mulheres (REDE, 2014).

Com base nesta experiência foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero pela Portaria GM/MS nº 3040/98, de 21 de junho de 1998, “... considerando [a] necessidade de intensificar o controle da mortalidade por câncer de colo uterino; que o diagnóstico do câncer do colo uterino é de fácil realização; que a cura do câncer de colo uterino é factível na fase inicial” (BRASIL, 1998, p. 102). Desta forma, pretendia-se avançar em direção a promoção da saúde da mulher como firmado no protocolo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, assinado em 08 de março do ano de 1996 (BRASIL, 1996).

Entre 18 de agosto e 30 de setembro de 1998, foi lançada pela Secretaria de Políticas Públicas, que até então era responsável pela coordenação do Programa, a primeira fase de intensificação. Instituiu-se uma campanha que estabelecia meta de coleta de material para exames citopatológicos, meta de que os resultados dos exames fossem entregues em prazo

aproximado de um mês e meta de realização de tratamento daquelas mulheres que apresentassem alteração nos exames em todo território nacional (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012).

Naquela oportunidade, o caminho adotado pelo Estado do Amazonas foi a criação da Gerência dos Programas de Controle do Câncer – GEPROG, com o objetivo de “planejar, implantar e coordenar as ações de controle do câncer, no Estado do Amazonas, e assim, contribuir para a diminuição da incidência e mortalidade por essa doença” (AMAZONAS, 1999b, p. 3). A criação foi formalizada pelo Decreto nº 19.765-c de 30 de março de 1999, assinado pelo então Governador Amazonino Armando Mendes, quando ocupava a Secretaria Estadual de Saúde, Tancredo Castro Soares.

Pelo decreto, foram incluídas na estrutura organizacional da FCECON gerências e subgerências que passariam a prestar auxílio às atividades de prevenção e controle do câncer. Essas atividades, por sua vez, seriam explicitadas no Regulamento Administrativo da Fundação, que além de estabelecer sua denominação, competência e atribuições dos cargos comissionados e efetivos; discriminaria o formato da lotação interna de seus servidores (AMAZONAS, 1999a). Ao longo de sua trajetória a GEPROG receberá outras duas denominações: Coordenação dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer - COOPREVCC, e atualmente Departamento de Prevenção e Controle do Câncer - DPCC.

Contribuindo de forma efetiva neste movimento da criação e coordenação das atividades de prevenção e controle, dentro do estado, destacamos dois personagens. O médico Manoel Jesus Pinheiro Coelho ²⁷, que na ocasião atuava como diretor presidente da Fundação Centro de Controle de Oncologia. Que incentivava e atuava em prol da intensificação da realização das atividades direcionadas a prevenção como algo necessário e urgente, em um momento que no Amazonas pouco se falava neste sentido (OLIVEIRA, 2014).

E a enfermeira Marília Muniz Cavalcante de Oliveira, que desde a sua criação passa a atuar na direção, administração, direção técnica e coordenação dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer junto a GEPROG. Desde as primeiras discussões realizadas para sua implantação, ela conseguia transitar entre as diferentes esferas federal, estadual, municipal e privada; e articular para que as necessidades prementes para o desenvolvimento do programa pudessem ser colocadas em prática.

²⁷ Cujas trajetória foi analisada no Capítulo II deste trabalho.

Naquela ocasião foi um trabalho muito difícil porque a grande maioria dos municípios não fazia a coleta do exame preventivo. Só os maiores: Manaus, Itacoatiara e Manacapuru; os outros 59 municípios não a faziam. Para a primeira mobilização nós tivemos dois meses para preparar o Estado. Foi uma verdadeira força tarefa: tivemos o envolvimento das secretarias municipais, capacitamos profissionais para realização da coleta do exame preventivo e fomos para a televisão para divulgar a importância das mulheres fazerem o procedimento (OLIVEIRA, 2014).

Graduada em enfermagem com habilitação em saúde pública pela Universidade Federal do Amazonas, no ano de 1989, buscou a especialização em enfermagem oncológica, em 2001, pela mesma Instituição e especialização em administração hospitalar e de gestão de sistema de saúde pela Fundação Getúlio Vargas – RJ, em 1998.

Sua atuação na área oncológica se inicia no 8º período da graduação, quando a convite da professora Lindalva Leonor Riker, visitou a Fundação CECON como possível Instituição para realização de estágio. Na época a FCECON não possuía serviço especializado em limpeza hospitalar, e era desejo da professora que alguma das alunas do curso inicia-se este tipo de trabalho no local. A enfermeira então aceita o desafio ²⁸, estagiando durante 06 meses, no período noturno. E desde então vem atuando na área oncológica.

E eu vi que as turmas acabaram optando por outros hospitais e que ninguém queria vir para a Fundação CECON. Eu fiquei curiosa de saber o porquê deste comportamento uma vez que a FCECON era o único hospital de câncer do Amazonas (...). Foi então que me deparei com o primeiro ambiente totalmente oncológico. Não vou esquecer nunca porque foi uma imagem que ficou gravada pela surpresa da grande quantidade de pacientes em estado grave (OLIVEIRA, 2014).

Em sua trajetória destaca-se também a sua atuação junto a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas como coordenadora estadual do Viva Mulher- Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino e Câncer de Mama, desde a sua implantação no estado. Coordenadora estadual das Ações Nacionais de Atenção Oncológica no Amazonas, como coordenadora estadual do Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer. Além de ministrar cursos, palestras e treinamentos para profissionais na área oncológica, e ainda se dedica ao voluntariado através da LACC e da Rede Feminina/AM.

²⁸ Juntamente com ela iniciaram o estágio mais 2 enfermeiras, das quais uma delas, a enfermeira Shirley Monteiro Mota também continua atuando junto a Fundação, na gerência do centro cirúrgico.



Figura 10 – Logomarca Amazonense do Viva Mulher.

Fonte: AMAZONAS, 1999b, p.6.

Enquanto a GEPROG vivia o seu primeiro ano de criação, o Programa Viva Mulher - PNCCCU iniciava uma fase de consolidação de suas ações, em que sua coordenação passava para a responsabilidade do INCA, através da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999. O INCA passa então a formular políticas e propor diretrizes técnicas de controle, promover e coordenar a produção de informação epidemiológica. Oferece apoio técnico às secretarias estaduais e municipais de saúde, para que estas atuassem no rastreamento e tratamento das lesões precursoras do câncer. Coordena o monitoramento e avaliações das ações no nível nacional; apoiando o aumento da oferta de tratamento em nível terciário. Além de promover a capacitação de profissionais em áreas estratégicas de controle; planejar e implementar ações de comunicação em saúde (BRASIL, 1999).

Segundo a publicação “Conhecendo o Viva Mulher” (BRASIL, 2001), foram relacionadas 05 estratégias, para que se alcançasse o objetivo da diminuição da incidência e da mortalidade provocada pelo câncer de colo uterino: (1) consolidar uma base geopolítica gerencial como forma de articular a rede nacional de controle da doença, que funcionasse no contexto do SUS, e integrada a sociedade civil organizada; (2) estabelecer uma rede comunicação com a mulher capaz de mobilizá-la e motivá-la para com os cuidados de sua saúde, fortalecendo os vínculos de adesão ao programa; (3) reduzir a desigualdade no diz respeito ao acesso da mulher ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo uterino, através de um redimensionamento da relação entre a oferta e demanda; (4) capacitar os recursos humanos integrantes da rede relacionados as atividades de gerenciamento do programa, diagnóstico e tratamento da doença. Capacitação voltada para a mobilização social, vigilância e avaliação das ações e a formação acadêmica desses profissionais. Assim como disponibilizar os recursos materiais, com a intenção de uniformizar e disseminar os conhecimentos das normas e procedimentos a serem adotados; (5) estabelecer um sistema de

informações que fosse capaz de monitorar avaliar as etapas e as ações do Programa, possibilitando o aumento da sua eficiência, a redução da ocorrência de possíveis fraudes e má utilização dos recursos. Fazer o acompanhamento do perfil da mulher e dos profissionais envolvidos no Programa, além de propor o que poderia ser incorporado (BRASIL, 2001). E é na observação dessas diretrizes que a linha de atuação da GEPROG passa a ser estabelecida.

Além de estabelecer as diretrizes, outra preocupação do Viva Mulher - PNCCCU foi a questão da definição das competências: a federal, a estadual e a municipal, estabelecendo os papéis de cada uma delas. Sendo possível perceber que essas definições serão de suma importância especialmente nos momentos de avaliação das ações, onde são necessárias as apreciações e averiguações sobre a execução e cumprimento das recomendações e determinações legais.

Segundo Teixeira, Porto e Noronha (2012) destacam-se como resultado do conjunto dessas ações implementadas importantes avanços em relação à padronização de procedimentos de coleta do exame, da faixa etária em que se concentrariam os esforços para a captação de mulheres, assim como sobre qual a periodicidade de sua realização. Reforçando o monitoramento e gerenciamento das estratégias, ações e resultados das medidas estabelecidas pelo Programa, ainda no ano de 1999, através da Portaria nº 408, de 30 de agosto, foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO. Sistema que se tornaria fundamental para o aprimoramento contínuo do processo (INCA, 2011).

Descentralização de ações e serviços

Através da análise do primeiro Relatório de Atividades da GEPROG - 1999 – nos aproximamos das ações que foram priorizadas nos dois primeiros anos das ações e recomendações do Viva Mulher – PNCCCU, no Amazonas. Foi possível constatar que entre os primeiros aspectos priorizados pela Gerência estava a tentativa de implantação do Programa de Controle e Prevenção nos 62 municípios do Amazonas. Em um movimento de descentralização das ações e serviços, o programa consegue atingir locais onde o exame citopatológico não era realizado. Fato que evidenciava a gravidade da situação já que naquele momento cerca de 58% dos cânceres feminino no Estado do Amazonas era o de colo uterino (AMAZONAS, 1999b).

Concomitantemente, a GEPROG passou a analisar a situação das Unidades de Saúde envolvidas com o Programa, a fim de tomar ciência dos recursos humanos e materiais

disponíveis na Rede Pública de Saúde. Concentrou esforços para a ampliação da capacidade de leitura de lâminas da rede laboratorial, assim como na realização de controle de qualidade da leitura destas lâminas realizadas em laboratórios credenciados ao SUS.

Uma preocupação recorrente ao se analisar os seus relatórios diz respeito ao descompromisso político. Evidenciando a necessidade de esclarecimento e uma maior sensibilização tanto entre os prefeitos, como entre os secretários municipais de saúde para que as determinações pactuadas fossem cumpridas e as necessidades atendidas. Já que até a questão da compra de materiais básicos, aparecem como empecilhos ao funcionamento do Programa:

Mesmo o **MS** tendo definido que os Municípios (através da cobrança dos Procedimentos do **SUS**) são os responsáveis pela manutenção das despesas com as **Ações Básicas de Saúde** (como compra dos Kits Ginecológicos Descartáveis ou Espéculos permanentes), a grande maioria não vem cumprindo essa determinação. Alguns alegam que “a falta de repasse da verba do **SUS**” pela **SES** é a causa desse problema. A **FCECON** procurou auxiliar as Unidades de Saúde, comprando e doando perto de **50.000 (cinquenta mil) Kits Ginecológicos Descartáveis** (AMAZONAS, 1999b, p. 50, grifos no original).

Para a GEPROG, o ano de 2000 foi marcado pela necessidade de realinhamento de suas ações ao Plano Plurianual do Estado - 2000/2003, seguindo a diretriz lançada pelo Governo Federal. O Plano pretendia “uma maior organização administrativa, maior transparência e equilíbrio na execução das políticas públicas de combate ao câncer” (AMAZONAS, 2000, p. 5), e a consolidação das bases do Viva Mulher. E através dele objetivou-se reduzir a “desigualdade de acesso aos serviços, melhorar a qualidade do atendimento, aumentar a eficiência da rede de atenção ao câncer e motivar a mulher a cuidar da sua saúde” (AMAZONAS, 2000, p. 18). E assim, reverter o quadro apresentado pelo Estado em que 80% das mulheres procuravam o tratamento quando a doença já se encontrava em estágio avançado.

Os esforços trouxeram como resultado a implantação do Viva Mulher, em todos os municípios amazonenses, o que significou um importante avanço no aumento da oferta do exame citopatológico, incluindo as mulheres indígenas e ribeirinhas (AMAZONAS, 2000). Nesse sentido, a utilização de unidades móveis de atendimento dirigidas tanto para o interior do estado como para os bairros periféricos, onde havia precariedade de atendimento, foram introduzidas como recurso.

O atendimento em unidades móveis não era uma novidade na região nos assuntos referentes a saúde, e especificamente em relação ao tratamento do câncer encontramos um registro fotográfico do ano de 1974 comprovando o oferecimento do serviço; em relação aos cuidados básicos de saúde, em 1971, nos documentos sobre o PIUMI, e em 1977, no convênio com a Superintendência da Borracha – SUDHEVEA, quando se utilizou os barcos Seringueiro I, II e III ²⁹. Contudo em cada época o formato, a quantidade de equipamentos, e o tipo de serviço (atendimento simples ou complexo) assumia uma dinâmica própria, das quais trataremos daquelas encontradas nas fontes estudadas a partir da estruturação do Viva Mulher.

Nos Relatórios do Departamento de Prevenção e Controle do Câncer - DPCC foram encontradas duas modalidades:

Modalidade 1 – ônibus – Onde era realizada a coleta do exame citopatológico, de forma itinerante, especialmente nos bairros periféricos da cidade de Manaus. Recebia o suporte de integrantes do Programa Médico da Família, programa coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA/ Manaus, a fim de garantir uma proximidade maior com a clientela que seria atendida. Sua inauguração ocorreu no dia 31 de outubro de 2003 através de uma parceria entre a FCECON, responsável pela coordenação das ações; SEMSA/Manaus, que custeou a equipe multiprofissional e a Unidade móvel, a Fundação Universidade do Amazonas – Fuam e a Liga Amazonense Contra o Câncer, esta última sendo a responsável pelo financiamento dos materiais didáticos educativos e dos Kits ginecológicos descartáveis (AMAZONAS, 2003).

A captação de mulheres era feita através de aviso antecipado, dado a comunidade através dos agentes do Programa de Saúde da Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde. No dia agendado a Unidade Móvel se posicionava próximo de uma escola, com a intenção de que o espaço escolar fosse utilizado para a realização de palestras educativas. O que, também, possibilitava que a mãe ao levar o filho na escola tivesse contato com a movimentação, e se sentisse motivada em aderir ao programa.

O funcionamento se dava através do revezamento entre duas equipes compostas por 2 médicos, 2 enfermeiros e 2 auxiliares de enfermagem (e um motorista). Sendo realizada a coleta do material do exame citopatológico no interior do micro-ônibus (AMAZONAS, 2004).

Além da coleta eram ministradas palestras sobre planejamento familiar e cuidados com a saúde. Orientações e distribuição de contraceptivos orais e camisinha, e quando

²⁹ Referências já analisadas no Capítulo II.

necessário eram distribuídos medicamentos contra doenças sexualmente transmissíveis. Sua implementação permitiu um atendimento imediato, aumento da cobertura, e o encaminhamento para o serviço especializado, nos casos de necessidade. (AMAZONAS, 2003).



Figura 11 – Unidade Móvel/2003.

Fonte: Amazonas, 2004.

O serviço continua sendo oferecido de forma regular e a partir de agosto de 2011, recebeu a denominação de Carreta da Mulher. Houve aumento nos tipos de serviços oferecidos, com a inclusão da mamografia e das ultrassonografias (abdominal superior, transvaginal, pélvica, obstétrica, vias urinárias, tireoide e mama).



Figura 12 – Unidade Móvel da Saúde da Mulher (UMSM)/2015.

Fonte: MANAUS, 2015.

Modalidade 2 – Barco – Realizada por uma equipe de saúde do Barco Zona Franca Verde ³⁰. Atuou na área do Gasoduto Coari-Manaus, englobando os municípios de Anamã, Anori, Caapiranga, Coari, Codajás, Iranduba e Manacapuru ³¹ em uma parceria entre o Governo do Estado do Amazonas, através da Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM e da FCECON. O Programa levou para a região as ações propostas pelo Programa Viva Mulher, principalmente, no que diz respeito ao fornecimento de materiais necessários para a prevenção e o atendimento médico ginecológico (AMAZONAS, 2004).

A equipe realizava os procedimentos da coleta, e as lâminas eram entregues nas Secretarias Municipais de Saúde – SEMSAs, de localização próxima aos municípios atendidos. Em seguida as SEMSAs enviavam-nas para os laboratórios credenciados ao SUS. Uma vez entregues os resultados dos exames, aqueles que apresentassem alterações procedia-se aos procedimentos de rastreamento feito pelas equipes do PACS e PSF e recebia-se o encaminhamento para realização dos tratamentos no próprio município ou, se necessário, em Manaus.

³⁰ Zona Franca Verde foi o nome dado ao Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável do Estado do Amazonas - PZDV, criado no ano de 2003, apresentado como alternativa de desenvolvimento distinta da oferecida pelo Pólo Industrial de Manaus – PIM, envolvendo ações diretamente relacionadas com a geração de emprego e renda. Aliadas a preservação e conservação da natureza, e que por sua vez também se relacionava a questões de política e ações sociais e dentre elas as relacionadas ao setor da saúde (ARAÚJO; PAULA, 2009).

³¹ Ver Anexo B para visualização da área atendida pelo Barco Zona Franca Verde.



Figura 13 - Barco Zona Franca Verde.

Fonte: AMAZONAS, 2004.

Contudo, segundo Oliveira (2014) a estratégia da Secretaria de Estado da Saúde para garantir o funcionamento do Programa nos municípios do interior do Estado não se baseava em campanhas ou atividades pontuais como as realizadas pelo Barco Zona Franca Verde, ou por outros importantes trabalhos como os realizados pelo Barco da Marinha. Isto porque, em grande parte destes projetos, os barcos percorrem entre duas e três calhas de rios, o que pode ser considerado como uma reduzida área de abrangência geográfica; quando comparada a toda área do interior do Amazonas e das inúmeras comunidades ali instaladas. Quanto pela questão da periodicidade do oferecimento do serviço, já que esses projetos ocorrem de forma esporádica.

Assim sendo, para garantir o pleno funcionamento do Programa, cada secretaria municipal monta sua própria estratégia. Estabelece suas bases fixas, e inclui um serviço regular por meio de barcos próprios ou alugados que percorrem as comunidades mais afastadas. Estes barcos se deslocam quinzenalmente, entre os vários rios onde se localizam as comunidades indígenas e comunidades ribeirinhas pelas quais são responsáveis. Levam a equipe de saúde que faz os procedimentos possíveis da atenção básica, nas idas e vindas das rotas percorridas (OLIVEIRA, 2014).

O trabalho realizado de forma itinerante apresenta uma série de dificuldades que são trazidas pelos pacientes e pelos profissionais que se dedicam ao serviço, no que diz respeito à falta de instalações e equipamentos adequados. Incluindo-se aí a falta privacidade na hora de prestar o atendimento e de realizar os exames.

Visando o atendimento a estas reivindicações, assim como a garantia de acesso aos serviços da Atenção Básica, foi lançado no ano de 2011 o programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais, como componente do Requalifica UBS. Programa este que prevê a aquisição de 64 embarcações, construídas com recursos do Sistema Único de Saúde. Como parte deste programa foi inaugurada, no ano de 2013, a primeira Unidade Básica de Saúde Fluvial – UBSF, do Amazonas, através do projeto enviado pelo município de Borba ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

A unidade visa atender a mais de 12 mil pessoas em 230 comunidades das populações ribeirinhas dos rios Madeira, Madeirinha, Autaz-Açu, Canumã, Abacaxis e Sucunduri. Batizada com o nome de Igaráçu (que significa “Canoa Grande” na língua tupi) ela possui 24 metros de comprimento e possui as seguintes instalações: consultório para atendimento médico, de enfermagem e odontológico; farmácia, laboratório e salas de vacinas, curativo, coleta de material e esterilização. A equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e de laboratório, dentista e auxiliar ou técnico de Saúde Bucal, além dos agentes comunitários de saúde que residem e desenvolvem atividades nas comunidades próximas aos rios (BRASIL, 2013).



Figura 14 – Unidade Básica de Saúde Fluvial – Igaráçu.

Fonte: BRASIL, 2015.

Rastreamento – Exame citopatológico

O entendimento da importância deste item perpassa pela compreensão de que tanto a incidência quanto a mortalidade de câncer de colo de útero podem ser reduzidas, de forma expressiva, através da implantação de estratégias para a sua detecção precoce. Qual seja: (1) diagnóstico precoce, no caso de abordagem da mulher que apresenta sinais e/ou sintomas da doença; (2) do rastreamento, que consiste na aplicação de um teste ou exame em mulheres aparentemente saudáveis, assintomática a fim de que possam ser identificadas lesões sugestivas de câncer e daí procederem ao encaminhamento para investigação ou tratamento.

As lesões precursoras de câncer podem ser detectadas e tratadas impedindo que a doença progrida e atinja o seu grau invasivo. No Brasil, seguindo a recomendação da OMS, o método de rastreamento do câncer do colo do útero utilizado é o exame citopatológico – Papanicolaou ³², que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual (INCA, 2011).

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2010). Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA et al, 2009; ARByN et al, 2009a) (INCA, 2011, p. 29).

Até o ano de 2005 não foram encontrados, nos relatórios analisados, dados sobre o percentual de cobertura do exame no Estado do Amazonas, dentro da faixa etária de risco, mas somente sobre o total de exames realizados.

³² Ver Vanessa Lana (2012) para aprofundamento do estudo sobre a utilização do exame citopatológico – Papanicolaou como tecnologia de diagnóstico do câncer de colo uterino.

Ano	Total de exames
1999	73.090
2000	75.176
2001	84.178
2002	135.355
2003	114.157
2004	114.882
2005	121.615

Tabela 5 - Exames citopatológicos, 1999 e 2005 - Amazonas.

Fonte: Amazonas, 2006.

A primeira vista, se observarmos, ano a ano, no período entre 1999-2005, os números apontam para uma progressão discreta, mas, contínua, rumo a uma ampliação da cobertura do exame. Contudo muito mais do que um quantitativo, pudemos observar que eles representam o resultado de grandes esforços e o enfrentamento de grandes desafios ligados a diversos elementos que se relacionam a implantação e consolidação do Programa. E de forma mais abrangente a própria situação do setor de saúde do Estado.

A começar pelo ano de 2000, vemos um pequeno aumento em relação ao ano anterior, mas, considerando que a meta era a realização de 90.000 exames, o objetivo não havia sido alcançado. Assim, a GEPROG realizando uma avaliação pontual sobre o motivo pelo qual a meta havia sido prejudicada, algumas das respostas foram encontradas em fatores externos ao Programa.

Constatou-se que várias UBS haviam sido fechadas para reforma, em decorrência da realização do Plano de Revitalização da Saúde do Governo Estadual, o que prejudicou o acesso das mulheres para realização do exame. Contribuiu negativamente, o posicionamento político por parte de alguns municípios que “não demonstraram interesse pelo Programa”, influenciando de forma direta nos resultados obtidos (AMAZONAS, 2000, p. 19).

Com a continuidade do trabalho, foram surgindo outros entraves. Dificuldade de seguimento das mulheres com lesão pré-neoplásicas e neoplásicas do colo uterino, por conta da existência de falhas tanto na falta de preenchimento integral dos dados pessoais, no formulário do exame preventivo, quanto por falhas no momento da digitação dos dados, realizada nos laboratórios.

E considerando que para o sucesso do Programa além da realização do exame, era imprescindível que o conjunto de estratégias estivesse em pleno funcionamento, a GEPROG reiterou a necessidade de adequações pontuais. De forma incisiva pleiteou a intensificação dos

procedimentos em prol da qualidade e capacitação dos profissionais envolvidos em todas as etapas do processo.

Em relação ao material coletado, torna-se importante registrar que até os dias atuais, com exceção do Município de Coari, todas as lâminas dos exames realizados no Estado são enviadas para análise nos laboratórios que se situam na cidade de Manaus. O que implica maiores cuidados em relação ao armazenamento e transporte das mesmas.

A GEPROG ratifica a posição assumida desde o início do Programa, da FCECON realizar a distribuição de Kits para as UBSs, com a intenção de garantir a continuidade do programa. Sua preocupação era de que uma quebra na rotina da realização dos exames, por falta desses materiais, seria mais um empecilho que poderia provocar um descrédito da população feminina do Estado, frente às ações que estavam sendo propostas.

Isto porque havia um risco de os materiais não chegarem as Unidades por conta do questionamento feito por parte dos gestores municipais sobre o financiamento dos mesmos. Em um período em que o Sistema de Saúde do Amazonas passava por um processo de ajustes por parte do Governo Estadual.

Mesmo assim, continuamos orientando os diretores das Unidades Básicas de Saúde, para que utilizem os códigos de cobrança de procedimento do SIA-SUS, pois, essa verba (PAB) irá auxiliar na manutenção das ações básicas de saúde, como a aquisição desses materiais, necessários para o Exame Preventivo (AMAZONAS, 2001, p. 44).

Foram encontrados casos de não realização de tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST's detectadas, devido à falta de medicamento específico. Se constituindo em outra situação preocupante já que, segundo dados do SISCOLO, entre as DST's de maior incidência no Estado, encontra-se em destaque aquelas relacionadas ao HPV (Papiloma Vírus)³³, que se mostrou relacionar a 90% dos casos de câncer de colo uterino (AMAZONAS, 2000). Para enfrentamento do problema, a GEPROG sugeriu que o planejamento e a previsão orçamentária para a compra de medicamentos destinados as DST's fossem realizadas em conjunto, envolvendo: a Secretaria de Estado da Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, o Programa DST AIDS e o Viva Mulher – PNCCCUM.

Com o objetivo de facilitar a triagem da demanda feminina, nas Unidades Básicas de Saúde, no ano de 2001, foi criado um “Cartão de Prevenção da Mulher”. Nele eram feitas

³³ Vale a pena destacar, que no ano de 2013, o Amazonas foi o primeiro estado brasileiro a oferecer a vacina contra o HPV de forma gratuita, para meninas com idade entre 11 e 13 anos matriculadas na rede pública estadual, municipal e privadas (AMAZONAS, 2013).

anotações de controle de agendamento do exame citopatológico (e dos exames de mama), com a expectativa de proporcionar um redimensionamento das necessidades reais e que se evitassem exames desnecessários. Foram confeccionados cerca de 20.000 cartões que passaram a ser distribuídos a partir do mês de outubro de 2001 (AMAZONAS, 2001)³⁴.

Cartão de Prevenção

VIVA MULHER

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DE COLO UTERINO E DE MAMA

INCA INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

FCECON FÓRUM COORDENADOR DO CÂNCER

REDE FEMINA REDE FEMINA DE CÂNCER

AUTO-EXAME DAS MAMAS ESTE TOQUE PODE SALVAR A SUA VIDA

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO O câncer do colo do útero leva cerca de dez anos para se desenvolver. Mas se for descoberto e tratado logo no início, suas chances de cura são de 100%. E só existe uma forma de descobrir: realizando o exame preventivo. Portanto, seja preventiva. Não deixe para fazer o exame só quando sentir dor, mau cheiro ou corrimento. Sua vida depende disso.

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
 Filiação: _____
 Data de Nas.: _____
 Unidade de Saúde: _____
 Município: _____

AGENDAMENTO

EXAME CLÍNICO DA MAMA	EXAME PREVENTIVO
1º Exame: _____	1º Exame: _____
2º Exame: _____	2º Exame: _____
3º Exame: _____	3º Exame: _____
4º Exame: _____	4º Exame: _____
5º Exame: _____	5º Exame: _____
6º Exame: _____	6º Exame: _____
7º Exame: _____	7º Exame: _____
8º Exame: _____	8º Exame: _____
9º Exame: _____	9º Exame: _____
10º Exame: _____	10º Exame: _____
11º Exame: _____	11º Exame: _____
12º Exame: _____	12º Exame: _____
13º Exame: _____	13º Exame: _____
14º Exame: _____	14º Exame: _____
15º Exame: _____	15º Exame: _____

Figura 15 – Cartão de Prevenção.

Fonte: AMAZONAS, 2001, p.46.

No ano de 2002 ocorreu a segunda fase de intensificação do Programa Viva mulher, em nível nacional, entre 18 de março e 30 de abril de 2002. Essa segunda fase reiterava o objetivo de atingir prioritariamente as mulheres com idade entre 35 e 49 anos que nunca tivessem realizado o exame preventivo, e tentava alcançar aquelas que deixaram de fazê-lo a um período superior a três anos (TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012). Inicialmente a programação era de que sua realização aconteceria em todo país, no ano de 2001, mas depois se decidiu pelo seu adiamento para o início de 2002.

³⁴ O cartão deixa de ser utilizado a partir da consolidação da implantação do SISCOLO (que será alvo de nossos estudos ainda neste Capítulo), quando as informações passam a ser geradas a partir do próprio Sistema.

No Amazonas, todavia, optou-se pela manutenção da programação inicial, acontecendo a 1ª fase nos meses de agosto e setembro de 2001 e a 2ª fase no início de 2002 (AMAZONAS, 2001). Realizada através de um intenso trabalho de mobilização e sensibilização que abrangeu todo o Estado. Graças ao acervo fotográfico do DPCC foi possível nos aproximar visualmente da dinâmica que envolveu a segunda fase de intensificação do Programa, entre as quais selecionamos as fotos que seguem na sequência abaixo.



Figura 16 – Cartaz de sensibilização.

Fonte: AMAZONAS, 2002.



Figura 17 – Faixa de sensibilização.

Fonte: AMAZONAS, 2002.



Figura 18 – Deslocamento da Equipe de Atendimento Volante nas regiões de Borba e Barra Mansa.

Fonte: AMAZONAS, 2002.



Figura 19 – Chegada de hidroavião e deslocamento em lancha da FUNASA da Equipe de Atendimento Volante as populações ribeirinhas do Amazonas.

Fonte: AMAZONAS, 2002.



Figura 20 – Chegada em lancha da FUNASA da Equipe de Atendimento Volante para atendimento na cidade de Barcelos.

Fonte: AMAZONAS, 2002.



Figura 21 – Chegada da Equipe de Atendimento Volante para atendimento em comunidade ribeirinha.

Fonte: AMAZONAS, 2002.



Figura 22 – Palestra de sensibilização em comunidade indígena do Rio Madeira – Barra Mansa e Borba.

Fonte: AMAZONAS, 2002.

A intensificação trouxe resultados bastante satisfatórios, e pelo número de 135.355 mulheres atendidas pelo Programa, a expectativa da GEPROG era de que em breve o Estado viveria uma experiência de queda na incidência e mortalidade por câncer de colo uterino (AMAZONAS, 2002).

A grande maioria das mulheres atendidas pelo Programa Viva Mulher em 2002, foram rastreadas para tratamento e estão sendo inseridas no Sistema de Informática para controle e seguimento. Certamente, dentro em breve, estaremos observando uma queda na incidência e mortalidade por Câncer de Colo Uterino no Estado do Amazonas, já que, estamos diagnosticando cada vez mais cedo as mulheres com lesões precursoras dessa doença (AMAZONAS, 2002, p. 12).

Os recursos utilizados para a realização da Segunda Fase de Intensificação do PNCCCUM tiveram diferentes procedências: Governo do Estado do Amazonas, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, Secretarias Municipais de Saúde do interior do Amazonas, FCECON, Fundação Nacional de Saúde - Funasa, LACC, Rede Feminina de Combate ao Câncer/AM, veículos de comunicação locais; totalizando um investimento em torno de R\$440.072,00 (quatrocentos e quarenta mil e setenta e dois reais)³⁵.

No entanto, apesar de toda a movimentação e investimentos realizados, o Programa não conseguia fluir a contento das diretrizes propostas. Decidiu-se então pela realização de reuniões de avaliação por Grupos de Trabalho, composto por representantes dos municípios. Dentre as deficiências e problemas identificados destacou-se que de forma recorrente os gestores das Unidades do interior mostravam uma falta de comprometimento para com o programa, acrescida da pouca adesão dos profissionais de saúde, e a alta rotatividade verificada entre estes profissionais.

Em relação à população, a dificuldade de acesso daquelas mulheres residentes em municípios distantes geograficamente, também foi identificada pelo Grupo como um importante fator impeditório de alcance das metas traçadas. De forma mais específica verificou-se que nos municípios de Autazes, Anamã, Boa Vista do Ramos, Eirunepé, Itacoatiara, São Sebastião do Uatumã, Urucurituba, Nova Olinda do Norte, São Gabriel da Cachoeira, Caapiranga ocorriam casos de não pagamento do Tratamento Fora do Domicílio – TFD. E sem os recursos que suprissem os gastos com o deslocamento, hospedagem e alimentação, a descontinuidade na realização dos tratamentos indicados se tornava recorrente (AMAZONAS, 2003, p. 9).

³⁵ Ver investimento em detalhe no Anexo C.

Como proposta de ações para superação destes obstáculos foi apresentada a necessidade de realização, com urgência, de uma reunião com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para que se discutisse esse processo de autorização do pagamento do TFD, e que se fizesse uma discussão nos municípios sobre o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Propuseram, também, que se intensificassem os treinamentos gerenciais para os profissionais de saúde nos municípios, e que se fizessem reuniões de sensibilização tanto para os profissionais de saúde quanto para os gestores municipais.

Outro aspecto apontado foi a questão de que o número de profissionais de saúde destinado a realização dos exames citopatológicos, nas Unidades de Saúde era insuficiente, e que continuava existindo a demora na entrega dos resultados. O que demonstrava que o número de laboratórios para análise ainda era insuficiente para atendimento da demanda, além da má qualidade da leitura realizada por eles.

A estes se acrescentavam os casos da má qualidade das amostras coletadas, criando a necessidade de intensificação do treinamento dos profissionais, capacitando-os para a realização de uma coleta de melhor qualidade. A proposta era a de que este treinamento fosse descentralizado para os municípios, facilitando a participação dos profissionais envolvidos e que se credenciassem novos laboratórios. E de forma veemente apontam para a necessidade de discussão de todos estes aspectos pela CIB.

Nos casos de necessidade de tratamento pós-exame, verificou-se que em alguns Polos estes não eram disponibilizados. Em outros, ocorria a falta de medicamentos para tratamento de doenças como as Leucoréias e Vaginoses ³⁶. Não havia padronização e formalização de instrumento de referência para as pacientes encaminhadas para tratamento na FCECON, e quando encaminhadas havia demora no início dos procedimentos. Além da constatação de que não estava existindo a contra-referência das pacientes encaminhadas (AMAZONAS, 2002). Em relação a todas as recomendações e propostas apresentadas não foram encontrados relatos específicos sobre providências tomadas em resposta a este movimento dos Grupos de Trabalho.

No ano de 2003, observa-se uma queda no número de exames realizados, em relação ao ano anterior. Segundo os relatórios da Gerência, essa constatação foi considerada como previsível, por se tratar de um ano pós-campanha, em que os ajustes do pico dos números alcançados costuma ocorrer. Contudo, segundo Corrêa e Vilella (2008) esta queda se relacionaria a um enfraquecimento no processo de divulgação e sensibilização para a

³⁶ Anomalias causadas por doenças do aparelho reprodutor feminino (CORLETA, 2010; SEDICIAS, 2013).

realização do exame, e apontam para a necessidade de que fosse reforçada a capacitação de profissionais e gerentes dos serviços, visando aumentar a captação das mulheres em idade de risco (CORRÊA; VILLELA, 2008).

Outro aspecto relacionado com a oferta de exames e as necessidades apresentadas pelo Estado do Amazonas é de que os números alcançados, cerca de 77,82%, se concentravam na capital Manaus, e esse dado é importante porque representa a dificuldade de locomoção das mulheres do interior, aspecto que exigia atenção, e que medidas específicas fossem criadas ou ajustadas ³⁷.

A partir do ano de 2006, quando os relatórios do DPCC passam a apresentar os percentuais de mulheres atendidas dentro da faixa etária de risco, entre 25 e 59 anos, é possível perceber uma tendência de aumento de exames realizados. E segundo a análise do Departamento contribuíram para o alcance desses resultados os cuidados dispensados quanto à disponibilização dos kits ginecológicos descartáveis. Além do acompanhamento feito junto aos municípios para que estes cumprissem com a responsabilidade de adquirir os insumos necessários à Atenção Básica, para que não houvesse períodos de interrupção dos atendimentos.

Ano	Total de exames	% de exames na faixa etária
2006	120.992	69,06
2007	138.792	70,68
2008	136.771	71,76
2009	132.807	71,92
2010	134.271	73,16
2011	143.422	73,78

Tabela 6 - Exames citopatológicos, faixa etária entre 25 e 59 anos, 2006 a 2011 - Amazonas.

Fonte: Amazonas – DPCC, Relatórios de 2006 a 2011.

Com a realização dos exames citopatológicos e a identificação das mulheres com as lesões precursoras da doença, emerge outro aspecto relevante do funcionamento do Programa que se refere ao seguimento dessas mulheres. Tornando-se premente a sua inserção e acompanhamento no tratamento indicado, evitando o agravamento das lesões.

³⁷ Ver quadro completo dos exames citopatológicos realizados, por município do Amazonas, no Anexo D.

Seguimento da Mulher - SISCOLO

Vários autores apontam o seguimento das mulheres, que apresentam alguma alteração em seus exames, como parte fundamental para que as ações de prevenção e controle do câncer atinjam os objetivos pretendidos. Importante também é o bom funcionamento das ferramentas de suporte a fim de identificá-las com rapidez, obter as informações para orientação sobre o tratamento e terapias indicados. Verificando quais delas necessitariam de procedimentos adicionais de diagnósticos, assim como as obtiveram resultado de amostra insatisfatória (BRASIL, 2006).

Aqui se inclui o preenchimento da ficha mínima de coleta de informação padronizada, de responsabilidade dos profissionais da Unidade Básica de Saúde que realizam o atendimento. Assim como a alimentação do Sistema de Informação com os dados necessários para que este seguimento acontecesse.

Este sistema recebeu o nome de SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero. Foi criado em 1999, em uma parceria do INCA com o DATASUS e vem sendo aprimorando em versões atualizadas. Seus dados têm permitido não só acompanhar a situação das mulheres com exames alterados, como também a avaliação da cobertura da população alvo, a qualidade dos exames, a prevalência das lesões precursoras, assim como informações referentes ao diagnóstico e tratamento.

Ele foi implantado nos laboratórios que realizam os exames, nas coordenações estaduais, regionais e municipais e as orientações necessárias para seu uso foram disponibilizados em manuais gerenciais disponíveis no site do DATASUS. A fase inicial da implantação e operacionalização do SISCOLO, no Amazonas, foi marcada por inúmeras dificuldades, sendo necessária a solicitação de suporte técnico do DATASUS, do INCA e do Departamento de Controle e Avaliação da SES/AM, em várias ocasiões.

Segundo dados do Relatório da GEPROG, do ano de 2001, nos seus dois primeiros anos, nenhuma Secretaria Municipal de Saúde do Amazonas havia conseguido implantar a contento o “Programa de Informática do Seguimento”, incluindo Manaus. E ainda que naquele ano, somente a Coordenação Estadual do Viva mulher/AM é que estava inserindo no “Sistema de Seguimento” os dados das mulheres com resultados de exames alterados, rastreadas pelo Programa.

Essas dificuldades foram atribuídas a um conjunto de fatores: a falta de estrutura das Unidades Básicas de Saúde, incluindo a falta do computador; aos formulários que eram

preenchidos de forma errada ou incompleta e a falta de adesão dos profissionais de saúde na padronização das informações (AMAZONAS, 2001).

Contudo a partir das informações que eram possíveis de serem geradas, iniciou-se o processo de seguimento, sendo adotados os seguintes procedimentos: mensalmente os laboratórios de citologia que faziam as leituras das lâminas dos exames citopatológicos (credenciados ao SUS/AM) entregavam um disquete com os dados. A partir dos dados era emitido um relatório nominal das mulheres que apresentaram alteração dos exames, e para cada caso adotou-se um tipo de abordagem específica:

- Lesões de baixo grau – envio de correspondência individual cotendo informações sobre a alteração e os procedimentos que deveriam ser adotados. Acompanhamento na própria UBS, onde foi feita a coleta, sendo realizado um controle semestral;
- Lesões de Alto grau ou Câncer – abordagem feita através de agentes do Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACs e do Programa Saúde da Família – PSF, considerando que estes profissionais estariam capacitados para realização de busca ativa pessoal. Através deste contato, informações mais detalhadas seriam passadas para a mulher, assim como a indicação de procedimentos mais específicos: encaminhamento para um Polo de Tratamento secundário e nos casos mais graves para a FCECON.



Figura 23 – Funcionários da FCECON responsáveis pela busca ativa, 2000.

Fonte: AMAZONAS, 2000.

No ano de 2003, já se conseguia extrair o relatório mensal constando as informações das mulheres que realizaram o exame no mês, para realização do protocolo de seguimento.

Em decorrência dos ajustes implementados em cada uma das versões do SISCOLO, verificou-se que a partir do ano de 2006 foi possível fazer inclusões de acordo com o estágio de seguimento em se encontrava essa mulher: aquelas em seguimento, sem seguimento (por não terem sido localizadas e não apresentarem as informações necessárias), seguimento concluído (alta, cura, transferência, óbito), e as que recusaram ou abandonaram o seguimento.

Gradativamente o SISCOLO foi se tornando imprescindível não só na geração das informações já citadas, como no suporte do processo de interação do Viva Mulher com a população, com as Unidades de Saúde, com os laboratórios e com outros programas de prevenção e controle do câncer. O sistema também deveria funcionar como recurso no processo “da integralização da assistência nos três níveis de atendimento: primário, secundário e terciário. Com a integralização, conseguiremos prestar assistência de boa qualidade, além de dar seqüência ao tratamento e fazer seguimento de todas as mulheres com alterações de baixo e alto grau no colo uterino” (AMAZONAS, 2004, p.6)³⁸.

A busca ativa das mulheres que apresentaram alterações do exame não era uma tarefa fácil. E ratificando o mencionado anteriormente, encontrava dificuldade especialmente em decorrência das falhas de preenchimento do formulário, falha no registro das informações no sistema. Assim sendo, o Departamento procurou intensificar seu trabalho junto as Secretarias Municipais de Saúde a participarem do rastreamento e seguimento. Estimulava a criação de estratégias de enfrentamento da dificuldade de locomoção da equipe, especialmente junto à população ribeirinha quando se tornava necessário o transporte fluvial, para a localização da paciente. Situação esta que pode ser vista neste comunicado à imprensa enviado pela FCECON:

Após esgotar todos os recursos para localizar 182 (cento e oitenta e duas) mulheres que ainda não compareceram à Unidade de Saúde, para receber o resultado do exame Papanicolau e o devido encaminhamento para tratamento, a Coordenadora do Programa VIVA MULHER, da FCEcon, Marília Muniz apela, através da mídia, para que essas mulheres o façam.

“A importância do programa é exatamente o acompanhamento da mulher que, no exame preventivo, apresentou alterações neoplásicas e/ou pré neoplásicas. Centenas de mulheres que participaram do rastreamento e apresentaram problemas, já estão totalmente curadas. Nossa preocupação é com essas 182 mulheres que não voltaram à unidade de saúde para receber o resultado, as orientações e o tratamento necessário. Na busca ativa, tentamos localizá-las através de cartas, dos secretários municipais de saúde, dos diretores das Unidades básicas de saúde, de nossos funcionários que procuraram os endereços sem êxito. Por isso apelamos a todas as mulheres que realizaram neste ano de 2000, exame preventivo em qualquer das unidades de saúde da rede pública, da capital e do interior, que compareçam à essa

³⁸ O aprofundamento sobre a contribuição do SISCOLO como ferramenta de integralização não conseguiu ser apreciada por este trabalho.

mesma unidade, com máxima urgência”, concluiu a Gerente do Programa, Enfermeira Marília Muniz (AMAZONAS, 2001, p. 29).

Dificuldades que ainda podem ser encontradas nos relatórios e nas vivências mais recentes do setor.

Supervisão do Programa

A cada avanço surgiam novos desafios, pois se implantar o Programa era um aspecto altamente positivo, a partir dele emergiam novas necessidades como, por exemplo, a que diz respeito à supervisão nos Municípios. Exemplo disto pode ser encontrado no relatório da COOPREVCC do ano de 2004, quando foram supervisionados os municípios de Maués, Parintins e Nhamundá. A psicóloga Cláudia Josyanne Castro Sampaio, e a administradora hospitalar Sanellva Sheilla Rocha percorreram os referidos municípios. Neles foram realizadas reuniões setoriais e aplicado questionários com o intuito de identificar a situação dos municípios, para que se obtivessem subsídios para uma tomada de decisão sobre as que medidas necessárias para um pleno funcionamento do programa.

Como resultado da supervisão foi relatado que:

- Em Maués onde foram visitadas seis Unidades Básicas de Saúde – UBS eram realizados os serviços de coleta do exame citopatológico – Papanicolaou, de biópsia do colo uterino e de colposcopias. As UBs possuíam uma estrutura física adequada, recursos humanos qualificados e recursos materiais de boa qualidade que garantiam a realização das atividades. Eram realizados tratamentos em mulheres com lesões de baixo grau e de alto grau de colo uterino;
- Em Parintins, nas UBs visitadas foram encontradas situações similares com as de Maués, mas com o diferencial de que lá também eram realizadas Cirurgias de Alta Frequência e Histerectomias. Foi solicitado um suporte para treinamentos para todos os níveis de profissionais: auxiliares, enfermeiros e médicos, para enfrentamento da alta rotatividade apresentada por estes profissionais;
- Em Nhamundá, apenas duas UBs realizavam a coleta do Papanicolau e com uma população de 16.208 habitantes, onde 7.719 eram do sexo feminino (DATASUS, 2014b) possuía um médico ginecologista. Segundo a SEMSA as mulheres do município estavam sendo atendidas de forma satisfatória e em

relação ao tratamento eram realizados aqueles concernentes as lesões de baixo grau e que para outros casos procedia-se ao encaminhamento.

Relataram ainda que nos três municípios o que surgiu como reivindicação unânime era de que fossem tomadas providências em relação a grande demora na emissão dos laudos por parte do laboratório responsável pela leitura das lâminas (AMAZONAS, 2004).

Outra menção em relação à supervisão de municípios foi encontrada no relatório de 2008 do DPCC com dados sobre as UBSs do município de Manaus quando o procedimento aparece como “Projeto de Supervisão nas Unidades Básicas de Saúde – UBSs com o Programa Viva Mulher/AM”, realizada no período compreendido entre abril e dezembro de 2008.

A realização deste projeto coincidiu com o momento em que o Programa Viva Mulher/AM completava seus dez anos de atuação. Quando surgiu a necessidade da realização destas visitas in loco, com a intenção era observar de perto quais as dificuldades que estavam sendo vividas nas UBS, pois a esperada diminuição dos índices de incidência e de mortalidade não estava ocorrendo no Estado (OLIVEIRA, 2014).

O projeto consistia na realização de visitas locais as UBS, Policlínicas e Pronto Atendimento, seguindo um questionário básico e realizando observação presencial. O objetivo era verificar as dificuldades e acompanhar o desenvolvimento das ações relacionadas ao Programa, tanto em relação ao câncer do colo do útero quanto em relação ao câncer de mama. As informações serviram de base para a elaboração de um relatório final das quais nos detivemos a apreciação daquelas referentes ao câncer de colo de útero.

Nas declarações diretas, grande parte dos entrevistados dizia não possuir dificuldade no desenvolvimento do Programa Viva Mulher. Relatam a existência de profissionais treinados para a realização de uma coleta adequada, entrega de exames dentro das datas preestabelecidas, realização da busca ativa de mulheres e um correto preenchimento dos dados da ficha padronizada do exame. Em muitos casos eram os diretores das UBS que levavam as lâminas dos exames citopatológicos para o laboratório responsável, e que buscavam o seu resultado. Em outros, o serviço era realizado por motoqueiros alocados a serviço das Unidades.

De forma majoritária as ações de coleta e cuidado do exame citopatológico eram realizadas pela equipe de enfermagem, que na sua maioria era composta entre 02 e 03 enfermeiras. E eram elas que realizavam as palestras educativas e de conscientização das

mulheres que buscavam o serviço ³⁹. Foram encontrados casos em que, também, orientavam os profissionais responsáveis quanto ao preenchimento das fichas para coleta. Evidenciando a importância da atuação desta categoria profissional para o funcionamento do Programa.

Contudo a despeito das respostas iniciais serem no sentido da não existência de dificuldades para o desenvolvimento do Programa, quando se observa os relatos dos acontecimentos frequentes várias situações problemas acabam sendo citadas. Dentre elas: a carência de profissionais treinados e habilitados. Especialmente nas situações de necessidade de substituição de algum membro da equipe de enfermagem, por motivo de férias ou transferência. E por vezes, a falta de médico ginecologista para atendimento.

Muitos profissionais eram treinados, mas como o sistema estava desorganizado, existia uma alta rotatividade tanto em relação aos médicos ginecologistas quanto em relação a equipe de enfermagem. Então criava-se a necessidade de estar o tempo todo capacitando novos profissionais, porque senão cairia a qualidade da coleta do exame preventivo (OLIVEIRA, 2014).

Com relação à referência e a contra referência verificou-se que de forma frequente as requisições de exames saídas das Unidades não eram aceitas pelos serviços de referência, fazendo com que a mulher tivesse que passar por nova triagem para conseguir a marcação de seus exames. Isso porque se constatou várias dúvidas quanto à forma de preenchimento das fichas padronizadas. E mais uma vez encontramos a solicitação de realização de treinamento dos profissionais responsáveis pelo preenchimento e das técnicas de enfermagem (AMAZONAS, 2008b).

Outras dificuldades foram encontradas em relação à busca ativa das pacientes que apresentavam alteração nos exames. Geralmente ocasionadas pela mudança de endereço ou por não se conseguirem localizá-las, fato agravado nos casos em que as UBS não contavam com o suporte do PACS ou do PSF. Acrescenta-se o fato do tempo para que os laudos dos exames estivessem prontos, na sua maioria com variação entre 30 e 40 dias. Contudo também foram relatados casos de liberação em 15 dias, assim como casos de demora de 50 e 90 dias (AMAZONAS, 2008b).

E fazendo uma análise geral poder-se-ia dizer que foram inúmeros os esforços, mas que “estávamos fazendo um rastreio desorganizado” (OLIVEIRA, 2014), o que dificultava o alcance das metas de redução dos casos. O Projeto não foi levado adiante, pois, nos anos que

³⁹ Em algumas UBS foi registrada a atuação do profissional do serviço social.

se sucederam os Sistemas de Informação tais como o SISCOLO e o SISMAMA passaram a fornecer os dados necessários a avaliação e análises do Programa.

A Nova Fase de Intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino em 2011

O ano de 2011 representou uma nova fase para as políticas, ações e diretrizes relacionadas a prevenção e controle do câncer especialmente os de colo de útero e mama, por se tratar do lançamento da Nova Fase de Intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama. Por escolha da Presidente Dilma Rouseff, motivada pela alta incidência e mortalidade do câncer de colo do útero encontrada na cidade de Manaus, a cidade foi escolhida para sediar o evento, que aconteceu no Teatro Amazonas com a presença de várias autoridades e personalidades de projeção nacional.



Figura 24 - Lançamento da Nova Fase de Intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama / Teatro Amazonas.

Fonte: Amazonas, 2011.

Se considerarmos a repercussão da realização do evento na cidade, e o noticiário da mídia local, a movimentação por si só já teria trazido ganhos. Agregando elementos como o de contribuir para que a sociedade local fosse chamada a pensar e se conscientizar sobre os

aspectos que envolviam a doença e da necessidade de um maior comprometimento dos gestores e profissionais da saúde. De forma que veio a refletir, juntamente com outras ações implementadas, no aumento do número de exames citopatológicos realizados durante aquele ano.

Também em 2011, o Amazonas foi incluído entre 5 Estados que foram premiados pelo MS/INCA em reconhecimento a qualidade da informação do SISCOLO. E em relação a este aspecto uma das posições defendida pelo DPCC perpassa pela compreensão de que “o aumento crescente de mortes por neoplasias nessas duas últimas décadas no Amazonas deva-se, principalmente a implantação do Registro de Câncer de base Populacional de Manaus (Sistema de Informação SISBASEPOP – INCA) e do Registro Hospitalar de Câncer da FCECON (Sistema de Informação SISRHC – INCA)” (AMAZONAS, 2011, p. 2). Estando assim relacionado com a melhoria da qualidade da informação resultando de um número de registros que antes não era realizado com tanta precisão.

Outro dado que veio agregar avanços nesta nova Fase de Intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama foi a criação do Comitê Estadual do Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama, através da Portaria GSUSAM nº 0329 de 21 de Março de 2011, pela Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM. O seu objetivo é avaliar os resultados do Programa Nacional de Controle Câncer de Colo do Útero e Mama através de uma Coordenação Estadual.

Desta forma, a pretensão era a de que fossem correlacionados os indicadores de processo e gestão, com a evolução das curvas de incidência e mortalidade; e a partir daí identificar os pontos fortes e fracos de assimilação pelo Estado do atual Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama (AMAZONAS, 2011).

Feita tal avaliação a intenção é a elaboração de propostas de aperfeiçoamento técnico e operacional do Programa. Formulação de propostas de ação dirigida aos municípios que continuam apresentando altas taxas de incidência e de mortalidade. Assim como avaliar a inserção de novas tecnologias para a prevenção e controle do câncer de colo do útero e mama, propondo estudos dirigidos para a realidade do Estado do Amazonas.

CAPÍTULO IV – Instituições filantrópicas voltadas para o câncer em Manaus

Criação da Liga Amazonense Contra o Câncer

Desde o início do século XX já encontramos no Brasil a organização de sociedades civis que estabeleceram os problemas concernentes ao câncer como alvo de suas atenções e ações. Destaca-se neste período a atuação das ligas, que congregavam setores da elite econômica brasileira, complementando as ações desenvolvidas pelo Estado. Tanto em relação ao levantamento de fundos para financiar a criação e a manutenção de instituições que se dedicavam aos cuidados e tratamento da doença, quanto para aplicação na área da pesquisa. Destacavam-se também pela assistência dada aos necessitados, pelo apoio àqueles que se encontravam acometidos pela doença; da educação sanitária e a propaganda contra a doença (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No Amazonas, a atuação de uma liga voltada para os cuidados relativos ao combate do câncer data do ano de 1955, quando em 02 de fevereiro, o médico Mário Sahdo ⁴⁰ funda a Liga Amazonense de Combate ao Câncer – LACC como sociedade civil, de caráter filantrópico. Ainda neste mesmo ano de 1955, a LACC receberia o primeiro reconhecimento público de seu trabalho quando, pela Lei nº 86, de 30 de novembro, publicada no Diário Oficial do Estado, em 1º de dezembro de 1955, foi considerada de utilidade pública (LIGA, 1999).

As primeiras documentações, escritas, encontradas sobre a atuação da Instituição datam de 12 anos após a sua fundação, sendo elas: uma correspondência de 1967, que cita o recolhimento de verbas movimentadas nos anos 1961 e 1962, uma solicitação de extrato bancário relativo ao ano de 1967 e 1968; um relatório de atividades com demonstrativo de receita e despesas relativo ao ano 1968.

Foi através dessa documentação que identificamos que haviam doentes sendo atendidos no Hospital Geral Getúlio Vargas, e que a LACC atuava na captação de recursos dando o suporte financeiro para que os tratamentos fossem realizados. Fazia compra de medicamentos, vestuário, material de enfermagem, entre outros; além de sistematizar um acompanhamento do número de doentes acometidos pela doença e os tratamentos a eles aplicados (LIGA, [1969a]).

⁴⁰ Ver capítulo II.

Sobre os dados ali encontrados vimos uma totalização de 258 atendimentos realizados, dos quais 68 apresentavam a doença. E entre os procedimentos realizados foram enumerados: a realização de 60 cirurgias, 30 biópsias, 21 tratamentos com radioterapia (realizados fora do Estado) e 13 pacientes que se encontravam Fora de Possibilidade Terapêutica – FPT (LIGA, [1969b]). E em ofício do Ministério da Saúde, de 06 de janeiro de 1969, dirigido à LACC encontra-se a menção do repasse da quantia NCR\$5.000,00 (cinco mil cruzeiros novos) para custeio de suas atividades, indicando as diferentes origens dos recursos movimentados pela Liga (BRASIL, 1969).

Desejando melhores condições para a realização de seus trabalhos, em 30 de janeiro de 1969, Mário Sahdo esboçava sua intenção de, através da referida instituição, construir uma clínica próxima ao Hospital Getúlio Vargas, com recursos que seriam solicitados da Direção do Serviço Nacional de Câncer já que até aquele momento:

A Liga Amazonense Contra o Câncer, vem desenvolvendo suas atividades juntamente com o Serviço de Câncer do Estado no Hospital ‘Getúlio Vargas’, onde possui a sua disposição Leitos para tratamento cirúrgico e quimioterápico de seus pacientes além de uma sala para ambulatório. (...) foi examinado todo o problema relativo a Liga e ficou estabelecido que seria preciso a construção de uma Clínica que viesse dar maiores condições de trabalho as nossas atividades (LIGA, 1969d, p.2).

Segundo esta proposta, seria firmado um convênio com a Fundação da Universidade do Amazonas para que pudesse ser utilizado um terreno próximo ao Hospital, e onde o Governo do Estado se comprometeria com a sua construção. Contudo não foram encontrados outros registros especificamente tratando deste projeto. E através da análise de outras fontes, como as apresentadas no Capítulo I deste trabalho, o que se viu foi que a construção de um centro especializado em tratamento de câncer só se daria em 1974, com a criação do CECON.

Dando continuidade as nossas investigações, abriu-se uma nova lacuna em relação às referências documentais sobre o funcionamento da LACC; onde novos documentos só foram encontrados em 1974. Estes seriam uma correspondência da Sociedade Brasileira de Cancerologia para a Instituição, mas sem destinatário nominal, e depois em 1978, quando se encontrava na presidência da instituição o Dr. João Bosco Botelho, que recebera de Mario Sahdo, no ano de 1976, a incumbência de dar prosseguimento aos trabalhos da LACC (BOTELHO, 2015b).

Foi através do trabalho do Dr. João Bosco como presidente da LACC, que inúmeras doações e atividades puderam ser consolidadas, o que em muito contribuiu para as atividades

e serviços prestados pela FCECON. Destaca-se no período da sua gestão a doação recebida do Funcomiz ⁴¹ que inicialmente serviria para construção de um hospital próprio da LACC, como fora idealizado por Mário Sahdo em 1969. Mas avaliando a viabilidade do projeto, por decisão da própria LACC optou-se pela transferência integral para o CECON, concentrando todos os esforços em torno de um único hospital.

Tal posicionamento foi de fundamental importância para a ampliação da área de atendimento e do centro cirúrgico da Instituição, assim como para aquisição de equipamentos que possibilitaram uma melhoria dos serviços prestados. Atuação esta que mereceu referência por parte da Sociedade Brasileira de Cancerologia:

Permita-nos V. Sa. ressaltar, nesta oportunidade, a profícua e laboriosa atividade de V. As. à frente da L.A.C.C., ao conseguir, em curto período de tempo, para essa Liga, expressão e dimensão ímpares, como o atesta a dotação da vultosa importância angariada junto à FUNCOMIZ para a construção e instalação do novo CECON (SOCIEDADE, 1979, p.1).

Nascido em Manaus, o médico e cirurgião João Bosco Lopes Botelho inicia sua trajetória pela medicina com sua graduação, no ano de 1972, pela Escola de Medicina e Cirurgia, atual Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Especializou-se em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, em 1973, e em Estomatologia e Cancerologia, em 1974, ambas, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. O seu doutorado em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial foi realizado na Universidade de Paris VI - Pierre et Marie Curie, em 1981 e três anos depois o pós-doutorado, na mesma especialidade, na Universidade de Paris VII - Denis Diderot. Em 1999, obtém a Livre Docência em Otorrinolaringologia, pela Fundação Dom André Arcoverde, em Valença / RJ, e em 2011, Doutor Honoris Causa concedido pela Universidade Paul Sebatier, de Toulouse. Em 2013 é admitido como membro da Academia Nacional de Cirurgia da França e em 2014, como membro Emérito do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (BOTELHO, 2010; BOTELHO, 2015a; BOTELHO, 2015b).

No Rio de Janeiro, após a sua graduação, atuou com o professor Ataliba Macieira Belizzi ⁴² na seção de cabeça e pescoço do INCA. E após aprovação em concurso, passou

⁴¹ Ver análise no Capítulo II

⁴² O médico Ataliba Belizzi teve uma importante atuação junto com nomes como os de Jorge Marsillac e Vitor Araújo Lima, no Rio de Janeiro, e Jorge Fairbanks Barbosa, Anísio da Costa Toledo e Josias de Andrade Sobrinho, em São Paulo, que impulsionaram a normatização da especialidade de cabeça e pescoço; sendo ainda um dos criadores da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, em 1967. Contribuiu na formação de

atuar como médico civil no Hospital Central do Exército, e como otorrino pelo antigo INAMPS. No ano de 1976, decide pelo seu retorno à Manaus, sendo recebido pelos médicos João Lúcio e Mário Sahdo, passando a concentrar seus trabalhos nas áreas de cabeça e pescoço.

É Professor Titular aposentado da Universidade Federal do Amazonas da disciplina Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Professor Adjunto da Universidade do Estado do Amazonas, na disciplina Ética Médica-Bioética; Professor Orientador do Programa de Mestrado e Doutorado de Biotecnologia PPGBIOTEC, da Universidade Federal do Amazonas; Professor Orientador do Programa de Mestrado e Doutorado de Doenças Infecciosas e Tropicais da Universidade do Estado do Amazonas, vindo a completar 50 anos de docência neste ano de 2015.

Atua como membro do Comitê Científico do Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – PAIC/FAPEAM. Consultor da Universidade Federal do Amazonas, membro da Academia Amazonense de Medicina, da Sociedade Brasileira de História da Medicina e da Academia Brasileira de Medicina Militar. Liderou o processo de implantação do programa de residência médica em otorrinolaringologia no Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV, no Hospital Santa Júlia e na Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ, em parceria com universidades francesas (FUNDAÇÃO, 2012).

Foi diretor do HUGV, da FHAJ e da FCECON dentre as inúmeras funções de direção e administração assumidas nessa trajetória, onde se acrescenta a vice-presidência do Instituto Geográfico e Histórico do Amazonas – IGHA. Desenvolveu uma inovadora técnica elaborada para procedimentos cirúrgicos da glândula cirúrgica para os casos de bólios de grande volume, conhecida como incisão em U, ou incisão de Botelho.

Como resultado desta relevante trajetória profissional inúmeras homenagens têm-lhe sido prestadas a citar o Prêmio e a Medalha Franz Escher, no ano 2007, conferidos no 94º Congresso Suíço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial; a Medalha de Ouro Adriano Jorge, conferida pela Câmara de Manaus, a Medalha Mário Sahdo concedida pela FCECON e no dia 22 de maio de 2015 foi o vencedor do Prêmio Colégio Brasileiro de Cirurgiões 2015, que é concedido ao cirurgião brasileiro membro do CBC “que, pelo acervo de atividades desempenhadas na sua vida profissional, tenha contribuído para o ensino, progresso e desenvolvimento da Cirurgia no Brasil” (COLÉGIO, 2015, p.1).

No período que esteve à frente da diretoria da LACC o Dr. João Bosco buscou intensificar parcerias para o desenvolvimento das atividades promovidas, a citar com a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas e com a Sociedade Brasileira de Cancerologia, sendo que com esta última veio a se filiar em 04 de maio de 1979 ⁴³. Permaneceu no cargo até 28 de agosto de 1986, quando apresenta sua renúncia.

Em decorrência do ocorrido, em reunião realizada em 30 de setembro de 1986, por indicação do então Presidente do CECON, a Sra. Marlene Braga de Souza ⁴⁴ foi eleita como Presidente da LACC constituindo a partir dali uma nova diretoria (LIGA, 1986).

Criação da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas

Conforme o problema do câncer tomava uma proporção cada vez mais preocupante no Estado, vimos crescer a necessidade da intensificação de trabalhos como estes realizados por instituições filantrópicas. Somando esforços as atividades que já vinham sendo realizadas pela LACC, insere-se no contexto amazônico a Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas - RFECC-AM, como mais uma instituição filantrópica voltada especificamente para o combate ao câncer.

O processo de constituição da RFECC-AM data de 28 de maio de 1975, quando o Dr. João Sampaio de Góis Júnior, superintendente da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, institui a Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer, como Comissão Especial.

A Rede que era formada por senhoras de vários estados havia sido criada no ano de 1946, pela Sra. Carmem Annes Dias Prudente ⁴⁵, e que naquele momento sendo transformada em Comissão, passou a ser oficialmente constituída como integrante da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Assim como permitiu que suas representantes estaduais passassem a ser reconhecidas legalmente em suas localidades (BRASIL, 1975).

Como parte deste processo, ainda naquele ano de 1975, nos dias 27 e 28 de novembro, a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas coordena o VIII Encontro Nacional

⁴³ Ver documento de filiação no anexo E.

⁴⁴ Que como veremos adiante era a presidente da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer - AM

⁴⁵ Esposa de Antônio Prudente, médico especializado em eletrocirurgia e cirurgias de reconstrução, que desde a década de 1930 trabalhou para estruturação e consolidação das bases relacionadas ao combate da doença no Brasil; quando por duas vezes ocupou a direção do Serviço Nacional de Câncer do Ministério da Saúde. No Estado de São Paulo elaborou propostas para uma política estadual de controle da doença, com um trabalho que incluía a atuação de entidades voltadas a arrecadação de fundos que dessem suporte as ações que se tornassem necessárias ao desenvolvimento de campanhas de educação e de incentivo a especialização em cancerologia (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

da Rede Feminina de Combate ao Câncer, em Manaus. Encontro que reuniu cerca de 200 voluntárias vindas de vários estados brasileiros (AMAZONAS, 1975).



Figura 25 – Voluntárias participantes do VIII Encontro da Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer – Hotel Tropical – AM.

Fonte: Acervo RFECC-AM.

O evento aconteceu no Hotel Tropical – AM, que estava prestes a ser inaugurado. Contou com a presença do então secretário de saúde do Estado do Amazonas, Carlos Augusto Teles de Borborema, juntamente com a Sra. Carmem Prudente, entre outras personalidades da sociedade amazonense (SOUZA, 2014).



Figura 26 – Carlos Borborema e Carmem Prudente – Solenidade de posse das diretoras da Rede Feminina realizada durante o VIII Encontro da Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer

Fonte: Acervo RFECC-AM



Figura 27 – Ao centro, Sra. Violeta de Matos Areosa, esposa do ex-governador Danilo de Matos Areosa.

Fonte: Acervo RFECC-AM.

É nesta oportunidade, que de forma oficial, a Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas - RFECC-AM é criada, na data de 27 de novembro de 1975, como entidade assistencial sem fins lucrativos. Por finalidade concentraria suas ações na luta social de combate ao câncer, visando proporcionar um bem estar moral e material aos doentes

carentes acometidos pela doença. Assim como conscientizar a população para a importância da sua prevenção, prestando de serviços junto ao CECON, através da colaboração de voluntárias.



Figura 28 – Grupo de voluntárias atuantes na década de 1970 acompanhadas do Dr. Jesus, da esquerda para a direita: Débora Assayag, Celeste de Souza Lima, Marlene Braga de Sousa, Armine Lindoso, Maria Luiza Parente, Dirce Afonso de Sousa, Maria Eneida de Borborema, Marilda Biagi, Lêda Vieira de Oliveira, Dayse Botelho.

Fonte: Acervo RFECC-AM.

Na ocasião assume o cargo de presidente da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas a empresária Marlene Braga de Sousa, que já atuava desde o ano de 1971 como representante da Rede Nacional, mas que a partir de então passa a ser legalmente reconhecida, quando empossada pela Sra. Carmem Prudente.



Figura 29 – Sra. Carmem Prudente (à direita) empossando a Sra. Marlene Braga (à esquerda) como presidente da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas, no Hotel Tropical – AM durante o VIII Encontro da Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer.

Fonte: Acervo RFECC-AM.

Naquela época, a empresária Marlene Souza Braga atuava como diretora superintendente da Empresa SORESA – Sociedade Comercial de Representações S/A e a convite da Sra. Carmem Prudente assumiu, desde o momento da sua criação, até o ano de 2011, de forma ininterrupta, a função de presidente da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas.

Como parte de sua trajetória acumulou as funções, no período de 1986 a 1992, como presidente da LACC, e entre os anos de 1998 e 2000, como presidente da Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer. Inclui-se também a sua atuação como membro do Conselho Fiscal da Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer do Amazonas, de 1992 a 2006; diretora adjunta da LACC, entre 1992 e 2003; e membro do Conselho Diretor da FCECON, em 1990.

Mas a sua grande marca foi a perseverança nos trabalhos assistenciais desenvolvidos junto aos pacientes de câncer, onde pessoalmente se fazia presente nas visitas semanais aos doentes que realizava na FECON. Além de seu grande empenho na arrecimação e no contato com os associados da Rede, e que junto com as demais voluntárias conseguia angariar fundos para a realização das atividades.



Figura 30 – Chá e Desfile de Modas realizado no Ideal Clube pela RFECCAM – 21/09/1984.

De mãos dadas, Sra. Carmem Prudente e Sra. Marlene Braga, que se tornariam amigas pessoais ⁴⁶.

Fonte: Acervo RFECC – AM.

A Sra. Marlene também realizou inúmeras palestras tanto para profissionais da saúde, quanto para a população leiga em prol da conscientização a respeito dos assuntos concernentes ao combate ao câncer. A citar aquelas realizadas em todos os Encontros, Simpósios e Congressos da Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer, no período de 1975 a 2008; no VII Simpósio de Oncologia do Estado do Amazonas e no IV Simpósio de Enfermagem Oncológica, promovido pela FCECON, no ano de 2004.

Pelo mérito de sua dedicação tem recebido inúmeros prêmios e medalhas das quais destacamos a Medalha Ana Nery, outorgada pela Sociedade Brasileira de Educação e Integração e Sociedade Brasileira de Estudos Municipais, no ano de 1981; o título de “Mulher Filantrópica”, homenagem realizada pela Câmara Municipal de Manaus, segundo a resolução 127, do ano de 1987; Medalha Mário Sahdo concedida no ano de 2004 pela FCECON e o título de “Dama da Rosa”, em certificado concedido pela Associação Paulista de Combate ao Câncer.

Em 08 de abril de 1978 a RFECC-AM adquire personalidade jurídica quando é elevada a categoria de Departamento da LACC (que naquela ocasião já era legalmente

⁴⁶ Ver no Anexo F, carta de agradecimento da Sra. Carmem Prudente endereçada a Sra. Marlene Braga.

registrada), de acordo com a publicação no Diário Oficial do Amazonas no Art. 27 do Capítulo V de seu Estatuto, em 14 de junho de 1978 (AMAZONAS, 1978; REDE, 1978a). O vínculo estabelecido, além de permitir a Rede o cumprimento de exigências legais nos casos em que se faziam necessárias negociações ou parcerias com outros órgãos e/ou instituições, permitiu também o fortalecimento das ações implementadas no Estado visando à conscientização da população perante a gravidade e a necessidade de enfrentamento das questões relativas ao câncer na região. Nesta ocasião a Sra. Carmem Prudente endereça correspondência ao Dr. João Bosco, presidente da LACC, expressando a sua satisfação pelo ocorrido:

Bem pode avaliar minha satisfação vendo concretizado, finalmente, o serviço da Rede Feminina de Combate ao Câncer junto a Liga Amazonense Contra o Câncer. Meus cumprimentos, Dr. João Bosco, pois bem sei quanto lhe devemos pela persistência em resolver esse problema no Amazonas. Que Deus o guie, pois a missão não é fácil, sobretudo no principio, até o povo compreender o valor desse trabalho (FUNDAÇÃO, 1978, grifo no original).

Enquanto esteve vinculada a LACC, a Rede também seguia o Estatuto da Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer, e se fazia presente, através de suas representantes, nos congressos realizados pelo Brasil. Participando ativamente das discussões e da elaboração de propostas, além de, anualmente, apresentar relatório e prestação de conta das atividades desenvolvidas no Estado, àquela entidade (REDE, 1986) ⁴⁷.

A sua vinculação com a LACC duraria 25 anos, até que em 29 de dezembro de 2003, em Assembleia Geral extraordinária, foi aprovado um novo estatuto, desvinculando a Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer como departamento da LACC:

(...) para tornar-se independente com sua Personalidade Jurídica Própria, adequando-se ao Novo Código Civil, conforme exigências do Ministério da Justiça. A Sra. Marlene Braga de Souza, agradeceu o tempo em que a Rede fez parte do Corpo Estatutário da Liga Amazonense Contra o Câncer, ressaltando a grandiosa parceria e firmando permanecer em conjunto para a solidificação dos nossos propósitos na luta em favor dos portadores de câncer e para o crescimento das ações desenvolvidas pela FCECON (LIGA, 2003a, [p.1-2]).

⁴⁷ Ver nos anexos “G” ao “K”, fotos de participação da RFECC, nos Congressos e Encontros promovidos pela RFNCC.

E em 2011, quando a Sr^a Marlene deixa a presidência da Rede, a Sr^a Marília Muniz Cavalcante de Oliveira ⁴⁸ assume a função, dando continuidade aos trabalhos desenvolvidos.

Sobre o funcionamento da LACC e da RFECC-AM

Os trabalhos das duas Instituições sempre estiveram muito próximos, e enquanto a Rede funcionou como departamento da LACC, como não poderia deixar de ser, até a movimentação financeira se fazia de forma conjunta. Ambas se movimentavam para obtenção de recursos que custeassem os trabalhos que eram realizados, e as doações ocorriam em vários formatos:

- Em pessoa física ou jurídica feitas em dinheiro, prestação de serviços, materiais e/ou equipamentos. E citados como importantes colaboradores, por ocasião da comemoração dos 45 anos de fundação da Liga, encontravam-se: a Sr^a Stella Oliveira Fonseca Lustosa, representante da alta sociedade amazonense, doadora de aparelhagem ao CECON; Sr. Marcílio Junqueira, superintendente da CCE da Amazônia, como exemplo de colaborador contínuo, especialmente no período de 1994 a 1997. O palhaço Goiabada, presente em várias das atividades promovidas; funcionários das empresas Brastemp da Amazônia, CCE da Amazônia, Motohonda e Wartsila NSD do Brasil; a associação dos Engenheiros de Segurança no Trabalho – ASTEAM, o SENAC e a Igreja de São José Operário (LIGA, 2000a).

Foi destacado, também, um cheque no valor de US\$ 10 mil dólares, recebido no ano de 2001, da empresa Eastman Kodak Charitable Trust, através da Kodak da Amazônia (LIGA 2001b) ⁴⁹.

- Do orçamento público, como a citada em ata da Liga em 14 de outubro de 1978, quando em correspondência oficial do Senado Federal através da pessoa do senador José Bernardino Lindoso ⁵⁰ com o presidente da LACC escreve: “Pela presente informo a V. Sa. que fiz incluir no Orçamento da República para 1979,

⁴⁸ Ver trajetória no Cap. III.

⁴⁹ Em seus relatórios a Liga costuma nomear todas as empresas e instituições que contribuem no exercício de cada ano.

⁵⁰ Político nascido na cidade de Manicoré - AM cuja carreira política incluiu um mandato como deputado federal entre os anos 1967-1971; como senador entre 1971-1978 e como governador do Estado do Amazonas entre 1979-1983 (BRASIL, s.d.).

um auxílio no valor de Cr\$5.000,00, destinada às obras sociais e educacionais a cargo dessa benemérita entidade” (BRASIL, 1978, p.1);

- E através de atividades promocionais que não só se constituíam como forma de captação de recursos, como também de atração da atenção da sociedade para o problema do câncer no Estado. São desfiles de modas, Feijoadas Benéficas, com destaque para as promovidas pelos Amigos do Sítio Recanto da Paz; a Vaquejada filantrópica do Clube do Vaqueiro, além daquelas oriundas de atividades de escolas da cidade de Manaus.



Figura 31 – Desfile de Modas realizado no Teatro Amazonas promovido pela RFECC-AM – Agosto/1983.

Fonte: Acervo RFECC- AM.



Figura 32 – Chá e Desfile de Modas realizado no Ideal Clube pela RFECC-AM – 21/09/1984.

Fonte: Acervo RFECC- AM.

Sobre o trabalho assistencial promovido pela Rede Estadual, este era feito em parceria com a FCECON através do seu setor de serviço social, que era quem conhecia as necessidades dos pacientes que estavam sendo atendidos.

Como parte institucional da FCECON, o serviço social não tinha autonomia para fazer doações e atividades assistenciais. Desta forma eles nos repassavam os problemas, as necessidades e fazia o encaminhamento dos pacientes. De nossa parte, fazíamos as atividades promocionais e arrecadávamos os donativos. As voluntárias se movimentavam junto aos associados e com este dinheiro conseguíamos dar essa assistência aos pacientes. Então era um trabalho em conjunto (SOUZA, 2014).

A assistência se dava com a organização de atividades comemorativas como Dia das Crianças, Dia das Mães, Dia dos Pais, Natal. Também se fazia em doações que variavam desde o oferecimento de vale transporte (que por um bom tempo fora utilizado para o pagamento de passagens locais), tendo em vista que vários pacientes não possuíam condições financeiras sequer para custear o seu deslocamento para a realização do seu tratamento; até a disponibilização de fraldas, pijamas, duchas higiênicas, entre outros materiais (SOUZA, 2014).



Figura 33 – Festa de Natal organizada pelas voluntárias da Rede Feminina Estadual para as crianças em tratamento no CECON – 22/12/1995.

Fonte: Acervo RFECC-AM.

Em relação àqueles pacientes que vinham do interior, o trabalho se tornava ainda mais complexo. Em sua chegada a cidade de Manaus, muitos deles vinham se acomodar na casa de um parente ou conhecido que, geralmente, trabalhava o dia inteiro, morava em bairros afastados da FCECON, e assim como o próprio paciente viviam em uma situação de extrema carência. Tal situação se constituía em numa grande dificuldade tanto para que se desse o seu deslocamento para a realização do tratamento, quanto de subsistência e de disponibilização de materiais básicos para a sua utilização durante sua permanência na cidade.

Em casos como este, a Rede pagava uma hospedagem em local bem próximo a FCECON, onde ele se instalava durante o tratamento. A refeição era feita no próprio hospital, e quando esse paciente recebia alta a Rede também arcava com as despesas da sua passagem de retorno para a sua cidade de origem (SOUZA, 2014).

Em relação ao local onde a Rede tem funcionado ao longo de sua trajetória vimos a sua instalação inicial em uma sala cedida pela Santa Casa da Misericórdia. Ali eram feitas suas reuniões, depósito e organização de materiais para dar assistência aos doentes do CECON. E foi durante a primeira gestão do Dr. Jesus, a frente do CECON, que uma sala foi cedida nas dependências desta Instituição, onde funciona até os dias atuais (REDE, 1978b).



Figura 34 – Voluntárias da RFECC-AM fazendo doações no hall do CECON – 1979.

Fonte: Acervo RFECC-AM.

Por parte da LACC além do trabalho assistencial aos pacientes carentes, incluem-se o custeio de eventos científicos: simpósios, congressos, treinamentos, cursos, por vezes assumindo todas as despesas, em outras firmando copatrocínios (DIAS, 2014). Como por exemplo, o “Curso de Atualização em Câncer Ginecológico”, realizado entre os dias 09 a 12 de outubro de 1978, no prédio da Escola de Enfermagem de Manaus, que contou com o copatrocínio da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, do Ministério da Saúde.

Como palestrantes, contou com a participação de médicos de destaque na área da oncologia:

- Dr. Fauzer Simão Abrão – Serviço de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo – Tema: Câncer do Ovário;
- Prof. Adelino José Pereira - Departamento de Física do Serviço de Radioterapia também do Hospital A.C. Camargo – SP – Tema: Bases Físicas e Biológicas da Radioterapia;
- Dr. Miguel Aboriham Gonçalves - do Serviço de Radioterapia do Hospital São Judas Tadeu – Barretos – SP – Tema: Radioterapia no Câncer do Ovário;
- Dr. Luis Martins Terreiro – Centro de oncologia e radioterapia da Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência – São Paulo – Tema: Lesões Precursoras do Câncer de Colo Uterino e Câncer do Endométrio;

- Dr. Miguel Miziara Filho – Clínica de Radioterapia do Hospital Sírio Libanês – São Paulo – SP - Tema: Radioterapia no Câncer de Colo Uterino;
- Dr. Francisco Alberto Campana – Clínica de Radioterapia Rio de Janeiro – Duque de Caxias – RJ – Tema: Radioterapia no Câncer do Endométrio.

Evidenciando um movimento de parcerias que promoviam a especialização e permitiam a atualização dos médicos que atuavam no serviço, com atividades realizadas dentro do próprio Estado do Amazonas.

Em 1992 assume como presidente da LACC o Sr. Rosedilson Lopes de Assis que permaneceu no cargo até o ano de 2004. Destaca-se neste período um trabalho de ampliação dos convênios e parcerias estabelecidos pela LACC. As necessidades vinham aumentando a cada ano, e para tanto várias inovações foram introduzidas no intuito de divulgação dos objetivos e dos trabalhos que vinham sendo implementados pelas duas instituições.

Neste período foram confeccionados folders; realizadas campanhas externas em empresas, pontos comerciais da cidade, em Outdoors e na mídia televisiva. E em 25 de fevereiro de 2000, o Dr. Jesus apresentou em Assembleia uma proposta de captação de recursos por um serviço de telemarketing. Segundo ele, esse tipo de captação havia apresentado resultados bastante satisfatórios em outras instituições.

A princípio a ideia foi recebida com reservas, principalmente em relação aos investimentos iniciais que seriam necessários, em um momento em que a própria LACC necessitava de mais recursos para suas atividades fim. Nesse sentido foi levantada a hipótese de se procurar uma empresa que arcasse com o custeio deste recurso inicial, e, sendo assim, o grupo se propôs a realização de um estudo mais detalhado sobre o caso (LIGA, 2000b).

O estudo foi feito; e passados quatro meses, o próprio Dr. Jesus apresenta os primeiros resultados das providências que haviam sido tomadas no período: a abertura do espaço físico para a implantação da unidade de telemarketing, incluindo as providências formais e estruturais; a contratação de funcionários em caráter temporário para a realização do serviço, para que se pudesse avaliar a viabilidade real do projeto. Os custos operacionais foram calculados, e na ocasião também foi disponibilizado um caixa inicial para a colocação do telemarketing em funcionamento (LIGA, 2000c).

Em 30 de junho de 2000, as salas estavam prontas, tendo sido realizado um cadastro de 300 empresas para realização dos primeiros contatos, e ficou acordado de que a primeira avaliação do projeto se daria entre 60 e 90 dias depois (LIGA, 2000d). No seu primeiro mês de operação foram arrecadados aproximadamente R\$7.500,00 e no mês seguinte, agosto, a arrecadação alcançou o valor em torno de R\$17.300,00. Tendo em vista o resultado positivo

apresentado pelo serviço, no mês de setembro a Assembleia da Liga aprova a continuidade do projeto (LIGA, 2000e; LIGA, 2000g).

Em maio do ano seguinte, os resultados positivos do projeto mostravam-se consolidados, e assim decidiu-se pela ampliação do número de linhas telefônicas, e, ao mesmo tempo, que fossem feitos investimentos na capacitação dos funcionários. O objetivo era a prestação de melhor atendimento junto a empresas de pequeno, médio e grande porte, de forma a inseri-las como amigas e colaboradoras efetivas da LACC. Ainda neste ano de 2001, através do suporte recebido da Sociedade Brasileira de Cancerologia, contratou-se a empresa Neryvalle Assessoria e Consultoria em Fund Raising para orientação especializada sobre a operacionalização do serviço.

Segundo os dados contidos nos relatórios da Liga a arrecadação pelo serviço têm alcançado valores na ordem de:

Valor de arrecadação da unidade de telemarketing/LACC	
2001	R\$ 682.763,45
2002	(não encontrado)
2003	R\$ 1.449.602,38
2004	R\$ 1.791.756,41
2005	R\$ 2.218.313,18
2006	R\$ 2.696.196,50
2007	R\$ 3.067.344,38
2008	R\$ 4.440.862,60
2009	R\$ 3.322.865,65
2010	R\$ 3.323.436,28
2011	R\$ 3.537.501,48

Tabela 7 – Arrecadação do Call Center, período de 2001 a 2011.

Fonte: Ata LACC 2001 e Relatórios LACC 2001, 2003, 2004, 2005 e 2011.

Se constituindo na principal fonte de captação de recursos. No ano de 2011 o serviço funcionava em dois turnos através de 26 posições, com uma equipe de 50 funcionários desempenhando funções como gerente, supervisores, operadores, mensageiros externos e auxiliares administrativos. E forma frequente estes profissionais participam de encontros de

capacitação e dinâmicas motivacionais (LIGA, 2001a; LIGA, 2001b; LIGA, 2003b; LIGA, 2011).



Figura 35 – Equipe de Telemarketing/2001.

Fonte: LIGA, 2001b.

No ano de 2000, outro projeto que começou a ser discutido de forma mais contundente dizia respeito à construção de albergues de apoio, em substituição ao sistema de alugueis de imóveis utilizados para acomodação dos pacientes vindos do interior. Segundo o projeto inicial seriam construídos dois espaços físicos interligados por um jardim interno, sendo um destinado à acomodação de crianças e outro para os adultos. O orçamento para construção dos dois blocos seria elaborado de forma separada, para o caso de alguma empresa que desejasse arcar de forma integral com os custos da construção de cada prédio (LIGA, 2000b).

Contudo, no mesmo ano repensando o projeto, optou-se pela construção dois prédios terrenos separados, a fim de garantir uma melhor adequação para cada um dos grupos especificados. O primeiro a ser construído seria o Lar da Criança com câncer. A construção foi feita em um terreno de 400m² que havia sido cedido à LACC pela Superintendência de Habitação – SUHAB. O terreno que localizado na Avenida Domingos Jorge Velho, no próprio bairro D. Pedro I, ficava próximo a FCECON. Ficou acordado que o albergue para adultos seria pensado posteriormente, em nova discussão junto com a RFECC-AM. Os recursos para a construção tiveram diversas origens, incluindo o apoio do Clube de Diretores Lojistas de Manaus e da campanha patrocinada pela rede de fast food McDonald's, conhecida como "McDia Feliz" (LIGA, 2000d; LIGA, 2001a; LIGA, 2004d).

A construção do Lar da Criança suscitou inúmeras discussões e desafios até a sua inauguração no ano de 2002. No processo de construção, a LACC arcou com o custo da mão de obra utilizada, em apoio ao Grupo de Apoio à Criança com Câncer – GACC/AM. O GACC/AM esteve, por um curto período, funcionando como departamento da LACC, mas com áreas de atuação específicas, como expresso em Relatório da LACC:

A parceria com a LACC tem sido fundamental, principalmente, na construção do albergue para as crianças portadoras de Neoplasia Maligna, quando custeamos toda a mão de obra utilizada para essa construção. O GACC/AM tem contado o apoio da LACC, sempre que possível, como por exemplo, utilizando a Kombi para o transporte de crianças, doações, etc.(...) (LIGA, 2001b, p.30)

O processo que leva a vinculação entre a LACC e o GACC se inicia no ano de 1999 quando a FCECON passou a atuar como uma unidade específica de oncopediatria. Com o movimento que se intensificava, em relação ao cuidado da criança com câncer, através da atuação da médica Ana Cristina Neves formou-se um grupo de voluntários visando atenção integral a criança, o chamado GACC/AM, que formalmente se estrutura como um departamento da LACC, conforme decisão em Assembleia da LACC, realizada em 28 de janeiro de 2000 (LIGA, 2000a).

Ainda no próprio ano de 2000, em Assembleia da LACC de 20 de outubro, a própria Dr^a Ana Cristina comunica decisão do GACC/AM de desvincular-se da LACC, sob alegação de que pelo fato do Grupo não possuir personalidade jurídica própria, muitos projetos e atividades encontravam impedimentos legais de serem colocados em execução pela instituição (LIGA, 2000f). E desde então passa a ter personalidade jurídica independente.

Em 03 de maio de 2004, o advogado Hildeberto Corrêa Dias é eleito presidente da LACC. Aquela altura a Liga atingia uma maior complexidade no que concerne as ações realizadas, e observa-se um aumento na sua capacidade de movimentação. Tanto em relação às receitas, especialmente em decorrência das doações oriundas do telemarketing; quanto em relação ao volume de serviços prestados. Para fazer frente a essa realidade, o cuidado em se garantir a transparência em relação ao trabalho realizado, e o cuidado com o controle de custos tornaram-se objetivos desenvolvidos com afinco pela nova gestão (DIAS, 2014; LIGA, 2004a; LIGA, 2004d).

Seguindo este direcionamento, em agosto de 2004 a diretoria apresenta como resultado: um aumento da aplicação de recursos em atividades fim, o pagamento de encargos dos funcionários que estavam em atraso, e ajustes na locação de funcionários para uma

melhor adequação e rendimento dos trabalhos realizados. E em dezembro é anunciado que a contenção de despesas havia resultado uma situação de folga financeira para a Instituição (DIAS, 2014; LIGA, 2004b; LIGA, 2004c).

A parceria entre a Liga e a FCECON a cada ano se tornava mais estreita, de forma a garantir o apoio administrativo e financeiro à Fundação, que eram executados através das solicitações que lhe eram encaminhadas:

(...) Nós temos procurado atender a essas solicitações com a maior brevidade possível, para que o paciente tenha suas necessidades supridas e que a demora não venha, de uma forma ou outra, prejudicar o andamento de seu tratamento. A tramitação desse apoio é simples, basta uma justificativa técnica (em formulário padronizado) dos médicos, ou chefes de serviços, descrevendo o porquê do pedido. Após, a Diretoria Técnica da FCECON autoriza e encaminha para o escritório da LACC dar providências na aquisição do material, ou a execução do serviço solicitado (LIGA, 2004d).

Dentre os pedidos mais frequentes encontramos: o suporte para a realização de exames que não eram prestados pela FCECON, o suprimento de medicamentos que se encontravam em falta na farmácia do hospital e o suprimento de materiais laboratoriais. A LACC também atuava em projetos de educação e saúde, dando o suporte na impressão de materiais como panfletos, folders informativos. Além de contratar funcionários nos casos de necessidade de complementação do quadro, para desenvolvimento de atividades nas dependências da Fundação (DIAS, 2014).

Para os pacientes cadastrados no Serviço de Terapia da Dor encontramos também o fornecimento de medicamentos de urgência e de morfina. Além de outros materiais como colchão caixa de ovo, muletas, cadeiras de rodas, oxigênio domiciliar, entre outros. Serviço para o qual também disponibilizava uma equipe profissional complementar formada por assistente social, fisioterapeuta e médico; e um veículo utilitário com motorista para que as visitas às residências dos pacientes com câncer pudessem ser realizadas. No projeto das unidades móveis, assumiu a responsabilidade pelo financiamento dos materiais didático-educativos e dos Kits descartáveis que são utilizados (LIGA, 2003b; LIGA, 2005; LIGA, 2011).

Além do carro utilitário a Liga contou, em 2011, com um serviço de transporte realizado por um veículo Jumper, para pacientes em tratamento de radioterapia e quimioterapia, que fazia o trajeto da FCECON até suas residências. O serviço era realizado com saídas diárias em quatro horários pré-estabelecidos, com capacidade de transportar 15 pessoas.



Figura 36 – Veículo utilizado para transporte de pacientes.

Fonte: Liga, 2013.

Fazendo parte dessa relação de serviços prestados incluíam-se o custeio, de, em média, três passagens aéreas/fluviais/terrestres por mês, para pacientes do interior do Estado retornar aos seus locais de origem. Sem contar com a distribuição de cestas básicas, que em 2011 totalizaram 2.880 (dois mil e oitocentos e oitenta) e de kits de suplementos alimentares para os pacientes em atendimento domiciliar. De forma permanente realiza um serviço de complementação alimentar, através do oferecimento de lanches, aos pacientes que veem para a consulta ou tratamento, realizado no hall da FCECON, que iniciado em 2005 a cada ano tem ampliado o número de atendimentos (LIGA, 2011)⁵¹.

Distribuição de lanches pela LACC – período 2005 a 2011	
2005	15.628
2006	61332
2007	81.824
2008	84.284
2009	87.595
2010	96.250
2011	88.094

Tabela 8 – Demonstrativo da quantidade de lanches distribuídos, período de 2005 a 2011.

Fonte: Relatórios LACC 2011.

⁵¹ A LACC também atua no suporte aos pacientes Labiopalatais, mas optamos por não tratar sobre este serviço, a fim de não nos distanciarmos dos objetivos estabelecidos para este estudo.

No ano de 2011, a LACC atingiu a marca de 9.805 doadores que contribuíam com um valor médio de R\$22,54, perfazendo uma arrecadação média mensal de R\$294.000,00 (duzentos e noventa e quatro mil reais). Com um trabalho consolidado, mas ainda com vários desafios a vencer, a Liga entra na fase de acabamento da construção de sua sede, funciona localizada na Rua Padre Manoel de Nóbrega s/n, no Bairro Pedro I.



Figura 37 – Sede da LACC, ano 2011.

Fonte: Acervo pessoal Lucia Nicida

Quando finalizada, a sede contará com uma estrutura de funcionamento de diversas especialidades de apoio, tais como: fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, enfermagem e psicologia. Além de possibilitar o aumento do número atendimentos a pacientes vindos do interior com necessidade de abrigo, durante sua estadia na cidade para a realização do seu tratamento na Fundação. E estabelecido por esse novo projeto, contará com albergue masculino e feminino, com uma estrutura pensada para atender as necessidades desse paciente.

CONCLUSÃO

A partir dos dados apresentados, percebemos que a instalação da Zona Franca de Manaus, em 1967, fez emergir importantes desafios no setor da saúde no Estado do Amazonas, criando uma situação de urgência no estabelecimento de medidas que pudessem conter os agravos gerados pelo crescimento populacional, em especial aqueles encontrados na cidade de Manaus, e dentre eles a necessidade de prevenção, diagnóstico e controle do câncer.

Observou-se a falta de continuidade, por ocasião da mudança de governo estadual no ano de 1970, em relação ao direcionamento dado às políticas de saúde, incluindo aquelas relacionadas ao Serviço de Câncer. E se no primeiro Relatório da Secretaria de Estado da Saúde analisado foram encontrados registros de ações relacionados ao câncer; no Governo seguinte a doença sequer fora citada no Programa do novo Governo. Contudo, foi neste mesmo período que se deu a construção do Serviço do Câncer, realizado por uma instituição especializada, dentro do Estado do Amazonas.

O entendimento desta conquista perpassa pela identificação da influência de movimentos políticos nacionais, em especial o fortalecimento do Programa Nacional de Combate ao Câncer – PNCC, que se constituiu como um importante propulsor das ações que culminaram na criação do Centro de Controle de Oncologia/AM, no ano de 1974.

Ao movimento gerado pelo PNCC, associa-se a conjuntura local, com a implantação de diversos programas de saúde por parte do Estado; a necessidade de redirecionamento de utilização das unidades pré-fabricadas do Projeto de Implantação das Unidades Médicas do Interior - PIUMI e a atuação de atores locais, a citar o médico Mário Isaac Sahdo, como elementos que contribuíram nesse processo.

Para tanto, foi estabelecido um convênio entre o Governo do Estado do Amazonas - Secretaria de Saúde e o Ministério da Saúde – Divisão Nacional de Câncer (DNC), que viabilizou a disponibilização de recursos e a aquisição de equipamentos que puseram em funcionamento a referida Instituição.

Tais fatos nos fizeram compreender que o estudo da história de uma instituição de saúde, com o foco numa doença específica, implica na análise dos movimentos da política e do setor de saúde no seu sentido geral, ficando notória a conexão que se estabelece entre as esferas federal, estadual e municipal. Constatamos, também, que as diretrizes estabelecidas pela política nacional de saúde funcionaram como elementos propulsores das mudanças locais, mas que, ao mesmo tempo, tinham correspondência com as necessidades vividas por

aqueles que mais diretamente aplicavam as ações de prevenção e controle da doença, no dia a dia do serviço.

No entanto, esse movimento não se constituía em uma via de mão única, pois, por vezes, foram encontradas situações que as necessidades do cotidiano do serviço, que demandavam mudanças que antecederiam o estabelecimento das diretrizes nacionais. As discussões e planejamentos em torno da descentralização do serviço para atendimento tanto a periferia da cidade como aos municípios do interior que desde a década de 1960 já se fazia urgente frente às características do espaço amazônico e as necessidades de sua população.

Nos primeiros anos de funcionamento do CECON foram inúmeras as dificuldades enfrentadas, dentre as quais se destaca a prestação de atendimento ao número crescente de pacientes que chegavam ao serviço, com a doença em estadiamento avançado, e onde o tratamento básico realizado na cidade se restringia às intervenções cirúrgicas.

Para conseguir avançar na ampliação de sua estrutura física e adquirir equipamentos que viabilizassem outras formas de tratamento, tornou-se necessária a captação de um volume maior de recursos. De maneira que foram estabelecidos novos convênios pontuais a citar aqueles firmados com a Divisão Nacional do Câncer e o Funrural, e doações filantrópicas, tais como as realizadas pela LACC, com destaque aquela originária do Funcomiz, já que os recursos oriundos da Secretaria de Estado destinavam-se às suas despesas regulares.

O período suscitou a movimentação do quadro médico da cidade, trazendo alterações nas formas e procedimentos relativos ao cuidado da doença. Onde se destacam os trabalhos realizados pelos médicos Manoel Jesus Pinheiro Coelho e João Bosco Lopes Botelho; assim como se observa a chegada de profissionais oriundos de outros centros de tratamento fora da cidade.

Ao final da década de 1970 e o início da década de 1980 verifica-se uma tendência de aumento da incidência e da mortalidade por câncer no Estado, e cresce a necessidade de estabelecimento de programas voltados para o controle da doença e ações de descentralização dos serviços. Entre elas a instalação de um incipiente programa de controle do câncer de colo uterino, câncer de grande incidência no Estado, em Unidades de Saúde da cidade de Manaus e em áreas do interior através do convênio com a SUDHEVEA.

No âmbito nacional, o processo de redemocratização que se instaura na década de 1980, suscita mudanças significativas no setor saúde, que repercutiram na política de combate ao câncer, culminando com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988. Frente a esses novos desafios, vimos no CECON à adoção de uma série de providências e

medidas que foram sendo discutidas, incorporadas e introduzidas como forma de adaptação ao novo sistema.

O Centro é transformado em Fundação Centro de Controle de Oncologia - FCECON, em 1989, passando a adotar um modelo próprio de gestão financeira e gestão sobre a política de recursos humanos. Tal configuração lhe conferiu uma maior autonomia no que tange a sua gestão financeira e administrativa, incorporando elementos da sociedade civil ao seu Conselho Diretor. Verificamos que a implantação do SUS representou a entrada regular de recursos financeiros que possibilitaram projeções e planejamentos de ações necessárias ao funcionamento e manutenção dos serviços.

Além disso, as diretrizes que foram sendo estabelecidas pelo Sistema, como as encontradas na Resolução Nº0029/99 que estabeleceu os critérios para o cadastramento como Centro de Atendimento em Oncologia; na Portaria GM/MS Nº 3.536 de 02 de junho de 1998, que implantou a sistemática de Autorização os Procedimentos de Alta Complexidade – APAC relativas aos custos da quimioterapia e da radioterapia; na Portaria SAS/MS Nº171, de 02 de outubro de 1998, que conceitua os Centros de Alta Complexidade em Oncologia, passaram a funcionar como parâmetro para a estruturação de serviços, levando a Fundação a se constituir como Centro de Alta Densidade tecnológica na área da Oncologia.

Associado às necessidades que se faziam urgentes para propiciar um tratamento que atendesse as necessidades vividas no dia a dia do serviço e dos pacientes atendidos pela FCECON, elaborou-se um projeto que capacitaria o hospital para a realização de todas as formas de procedimentos relativos aos cuidados com o câncer. Assim, no ano de 2001 foram iniciadas as obras de construção de um novo prédio, cuja conclusão se daria no ano de 2006. Embora inaugurado, o que se viu foi que novos entraves tiveram que ser superados a fim de garantir o funcionamento de todos os espaços construídos, persistindo ainda a lacuna para que se inicie o funcionamento do Centro de Transplante de Medula Óssea.

Tendo em vista que os altos índices de mortalidade e incidência do câncer de colo uterino continuavam persistentes, no ano de 1999, o Estado passa a desenvolver o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. A Secretaria de Estado da Saúde adota a Fundação Centro de Controle de Oncologia – FCECON como a instituição responsável de operacionalizar os programas de prevenção e controle do câncer, como parte do processo de descentralização que vinha sendo implantado pelo Ministério da Saúde.

A implantação da política de prevenção e controle do câncer do colo do útero no Amazonas através do Viva Mulher – PNCCCU desencadeou um movimento de instalação,

desenvolvimento, avaliação e adequação de estratégias de forma a promover seu efetivo funcionamento e consolidação. Dentro desse movimento destaca-se a implantação do programa em todos os municípios do Estado e o esforço em garantir os atendimentos em todas as UBS do município de Manaus, com objetivo ampliar o cuidado preventivo e de diagnóstico precoce, e assim reverter o quadro negativo encontrado na região.

Apesar de um grande número de profissionais já estarem engajados e comprometidos com o Programa, tornou-se evidente de que ainda existe muito a ser realizado em relação à conscientização e sensibilização dos atores envolvidos – profissionais do serviço, gestores e políticos, a fim de que sejam superados os entraves que prejudicam o bom andamento do Programa.

Foi possível identificar que a compreensão sobre a dinâmica do Programa no Estado, perpassa por uma análise complexa, onde seja considerada cada uma das estratégias do Programa e a interligação que se estabelece entre elas. E a respeito das diretrizes que são recomendadas e estendidas a todo Brasil, foi possível perceber que elas sofrem adaptações à realidade local; como pode ser visto no uso de unidades móveis fluviais em decorrência do grande número de rios e igarapés; além da dificuldade de deslocamento por parte da população ribeirinha.

Em relação ao cuidado específico do câncer de colo uterino, outro importante aspecto visto ao longo de nosso estudo, se refere ao trabalho de seguimento das mulheres que ainda merece muitos cuidados para que se dê o funcionamento pleno do serviço. Que por vezes é prejudicado por questões relativas ao preenchimento inadequado das requisições dos exames, erros de digitação, endereços incorretos ou inexistentes, desconhecimento dos profissionais de saúde da importância do acompanhamento das mulheres com alteração celular de baixo grau e do tratamento das mulheres com alto grau, carcinoma, adenocarcinoma e outras neoplasias.

O não cumprimento do fluxograma de condutas clínicas frente aos possíveis diagnósticos, os casos de profissionais que não seguem a rotina do programa, ou ainda de municípios que têm tratado e acompanhado suas paciente, mas não informam à Coordenação, deixando o sistema desatualizado e a rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente nas UBS do interior, todos esses fatores conjugados continuam criando dificuldades para o bom andamento do programa.

De forma marcante, vimos que as condições econômicas e sociais dos pacientes são fatores que interferem na possibilidade de realização e continuidade dos tratamentos conforme a prescrição médica. Nesse sentido, os trabalhos realizados pelas instituições filantrópicas do Estado têm sido fundamentais como suporte para minimização dessas dificuldades. Dentre as

Instituições que se dedicam especificamente as questões relativas ao câncer optamos pela análise da atuação da Liga Amazonense Contra o Câncer – LACC (que é o grupo mais antigo no setor e que como vimos já existia antes da criação da Fundação) e da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer – Amazonas que não só tem dado suporte a esses pacientes, como também tem atendido necessidades e as atividades da FCECON.

Outros movimentos sociais também tem incluído em sua pauta de discussão questões relativas a doença, posicionando-se, fiscalizando e apresentando propostas de ações. Dentre os quais destacamos o Movimento de Mulheres Solidárias do Amazonas – Musas. Contudo dada as limitações referentes a um trabalho de dissertação de mestrado, não foi possível incorporá-lo ao conteúdo aqui apresentado. Desejando que o mesmo possa ser incluído em trabalhos futuros

Inúmeras são as limitações apresentadas por este trabalho, dentre elas encontra-se o não aprofundamento de estudos relativos à formação, treinamento, capacitação e atualização dos profissionais de saúde e servidores em geral; e sua adequação as necessidades vividas pelo serviço do Estado. O estudo de questões relativas à área de especialização em cancerologia, que até a década de 1970 era realizada fora do Estado e uma avaliação sobre como se instaurou o processo de formação, dentro do próprio Amazonas e suas repercussões.

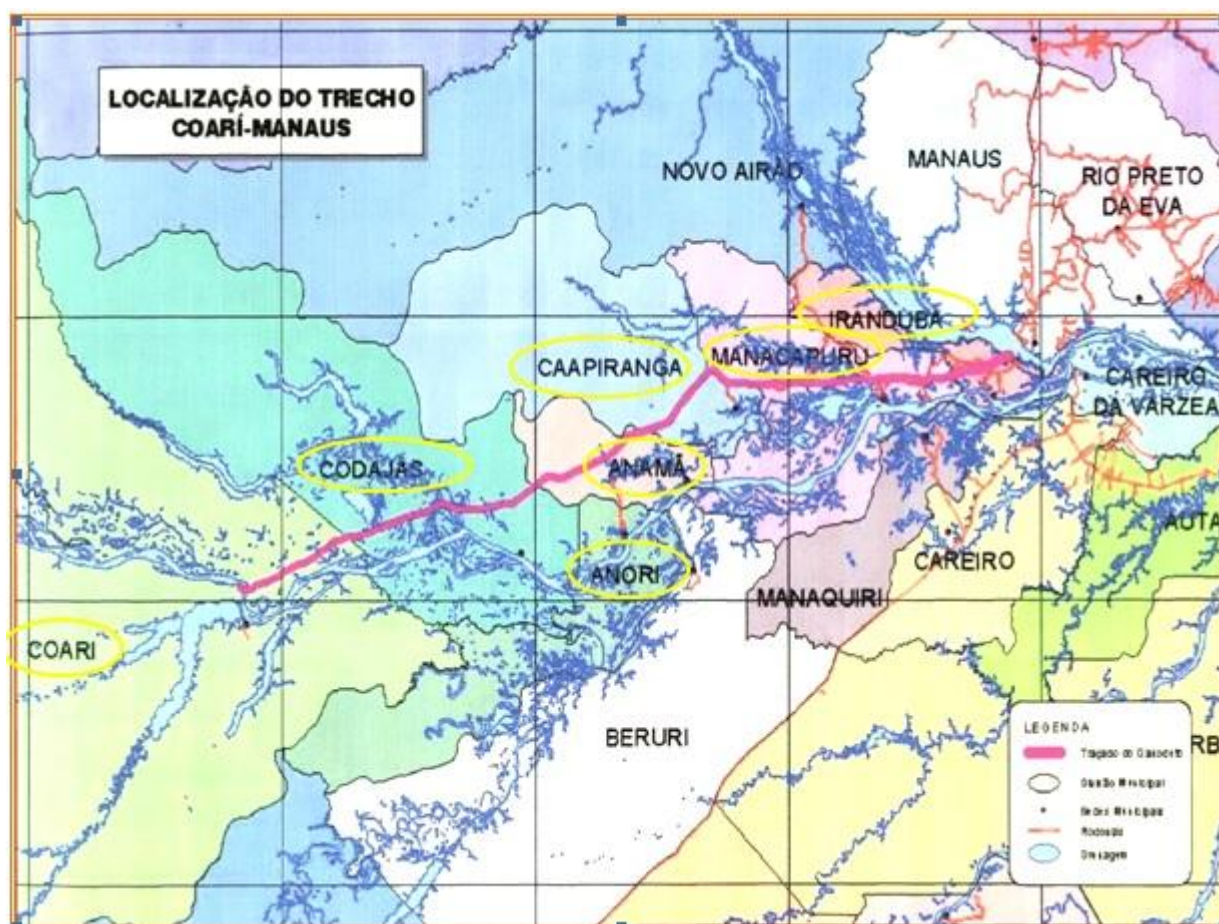
Outros aspectos que também mereceriam um exame acurado dizem respeito a instalação e o funcionamento do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, sistema que tem se tornado fundamental para o acompanhamento e avaliação do Programa. Assim como a análise crítica sobre o processo de instalação do SUS no Estado, a descentralização do sistema, a municipalização dos serviços, o funcionamento em rede e as questões relativas à referência e a contra referência que tanto interferem no funcionamento da FCECON.

Ausentes estão: as análises sobre a instalação dos Polos de Tratamento Secundário do câncer de colo uterino e a realização das Cirurgias de Alta Frequência – CAF, do início da década de 2000; sobre o Registro de Câncer de Base Populacional de Manaus, como parte do Programa Nacional de Avaliação e Vigilância em Câncer e seus Fatores de Risco, que foi colocado em prática a partir do ano 2001; sem contar com o estudo sobre a área de ensino e pesquisa desenvolvidos pela FCECON, que incluída desde a sua criação, tem ampliado as suas atividades. As ações educativas, de mobilização da mulher e da sociedade em geral que são formuladas pela Instituição; além das questões referentes à interlocução com os movimentos para controle do câncer desenvolvidos por agências internacionais, a citar

aqueles desenvolvidos pela Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS.

Apesar das limitações e ausências citadas, gostaríamos de deixar nossa contribuição em relação a sistematização dos dados relativos a história da política de prevenção e controle do câncer. E por fim, o que ficou marcado nessa trajetória, é que o estudo da política do câncer no Amazonas a partir da história da FCECON nos mostra que a história da política de saúde local tem estreita ligação com a história da política de saúde nacional, e que se apresenta como resultado da realidade vivida no momento de sua formulação, mas também como resultado das ações do passado que interagem e dão a dinâmica do Sistema.

B – Área atendida pelo Barco Zona Franca Verde



Fonte: AMAZONAS, 2004.

C - Investimentos na Segunda Fase de Intensificação do Programa Viva Mulher – PNCCCUM

<i>Investimentos do Governo do Estado:</i>	
Campanha de Mídia	R\$ 74.000,00
Deslocamento de Aeronaves para comunidades de difícil acesso Geográfico	R\$ 84.800,00
Total: R\$ 158.800,00	
<i>Investimentos da secretaria de Estado da Saúde (SUSAM)</i>	
Confecção de Camisetas	R\$ 6.000,00
Recursos Humanos	R\$ 11.000,00
Total: 17.000,00	
<i>Investimentos da SEMSA/MANAUS</i>	
Campanha de Mídia	R\$ 22.872,00
Material de Expediente	R\$ 2.000,00
Confecção de Camisetas	R\$ 3.500,00
Transporte Coletivo	R\$ 5.000,00
Total: R\$ 33.372,00	
<i>Investimentos das SEMSAs do Interior do Amazonas</i>	
Combustível	R\$ 1.500,00
Alimentação	R\$ 500,00
Total: (61 municípios; média de 2.000,00 por cada): R\$ 122.000,00	
<i>Investimentos da FCECON:</i>	
Kit Ginecológico Descartável (20 mil)	R\$ 40.000,00
Fixador Celular p/ lâminas do Ex. de Papanicolaou (400 frascos)	R\$ 2.400,00
Material de Expediente	R\$ 4.000,00
Locação de Automóveis	R\$ 3.000,00
Recursos Humanos	R\$ 13.000,00
Total: R\$ 62.400,00	
<i>Investimentos da FUNASA</i>	
Combustível	R\$ 10.000,00
Alimentação	R\$ 2.000,00
Total: R\$ 12.000,00	
<i>Investimentos da Liga Amazonense Contra o Câncer - LACC</i>	
Material de Expediente	R\$ 6.500,00
Total: R\$ 6.500,00	
<i>Investimentos da Rede Feminina de Combate ao Câncer/AM</i>	
Confecção de Camisetas	R\$ 3.000,00
Total: R\$ 3.000,00	
<i>Investimentos das Televisões Local:</i>	
Veiculação Gratuita de um VT de 30 segundos	R\$ 25.000,00
Total: R\$ 25.000,00	
Total Geral dos Investimentos no Amazonas: R\$ 440.072,00	

Obs. valores sub-estimados.

Fonte: Amazonas, 2002b.

D – Exames Citopatológicos, 2003/AM

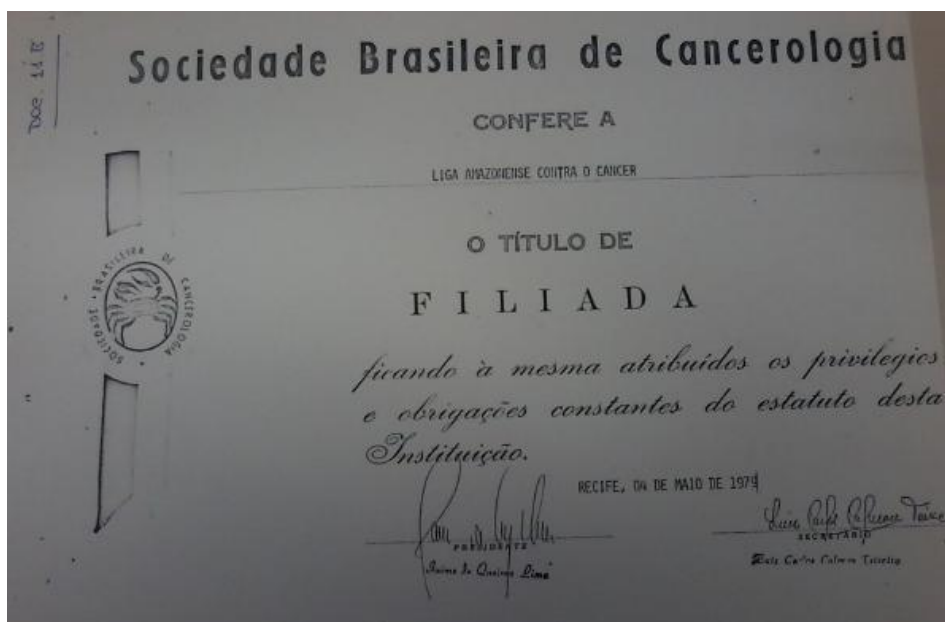
**Exames Citopatológico Cérvico-Vaginal e Microflora
Realizados por Município do Amazonas
No Período de Janeiro a Dezembro de 2003
Total: 114.157**

nº	Município	NºExames	nº	Município	NºExames
1	Alvarães	115	32	Japurá	145
2	Amaturá	307	33	Juruá	60
3	Anamã	79	34	Jutaí	237
4	Anori	161	35	Lábrea	890
5	Apuí	493	36	Manacapuru	828
6	Atalaia do Norte	295	37	Manaquiri	29
7	Autazes	537	38	Manaus	88.837
8	Barcelos	478	39	Manicoré	1.051
9	Barreirinha	191	40	Maraã	107
10	Benjamin Constant	229	41	Maués	503
11	Beruri	160	42	Nhamundá	228
12	Boa Vista do Ramos	254	43	Nova Olinda do Norte	229
13	Boca do Acre	155	44	Novo Airão	327
14	Borba	469	45	Novo Aripuanã	152
15	Caapiranga	105	46	Parintins	1.075
16	Canutama	125	47	Pauini	74
17	Carauari	568	48	Presidente Figueiredo	787
18	Careiro	321	49	Rio Preto da Eva	739
19	Careiro da Várzea	350	50	Santa Isabel do Rio Negro	28
20	Coari	2.179	51	Santo Antônio do Içá	61
21	Codajás	181	52	São Gabriel da Cachoeira	634
22	Eirunepé	60	53	São Paulo de Olivença	254
23	Envira	192	54	São Sebastião do Uatumã	187
24	Fonte Boa	334	55	Silves	129
25	Guajará	224	56	Tabatinga	965
26	Humaitá	1.104	57	Tapauá	487
27	Ipixuna	194	58	Tefé	512
28	Iranduba	813	59	Tonantins	230
29	Itacoatiara	2.390	60	Uarini	234
30	Itamarati	202	61	Urucará	358
31	Itapiranga	333	62	Urucurituba	191

Fonte de Dados: SISCOLO/COOPREVCC/FCECON

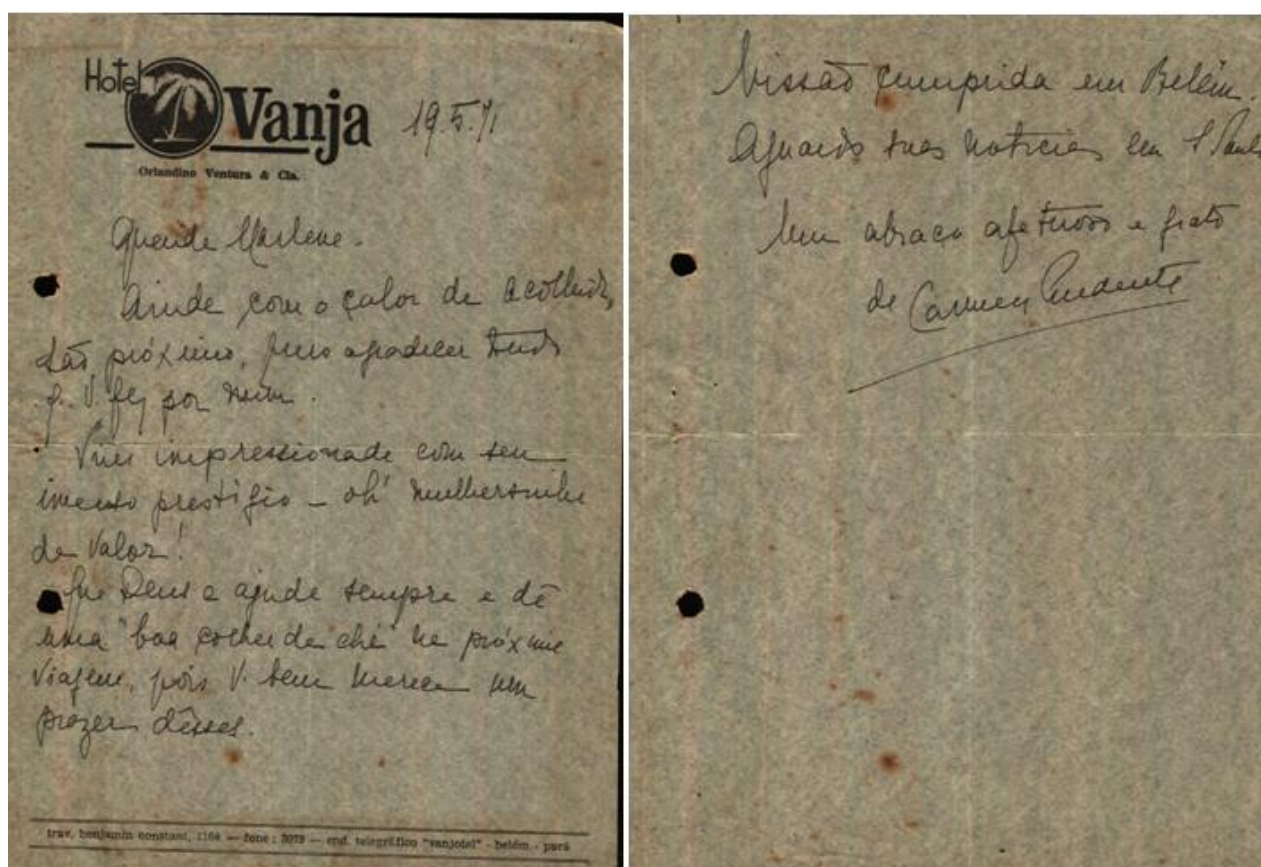
Fonte: AMAZONAS, 2003.

E – Diploma de filiação da LACC a Sociedade Brasileira de Cancerologia



Fonte: Acervo RFECC-AM.

F - Carta da Sr^a. Carmem Prudente à Sr^a Marlene Braga



Fonte: Acervo RFECC-AM.

G – Foto de participação da RFECC/AM no encontro da RFNCC – 1976

Participação da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer – AM no 8º Encontro da Rede Feminina Nacional de Combate ao câncer, realizado em Gramado - RS, entre os dias 11 e 13 de Novembro de 1976.



Fonte: Acervo RFECC-AM.

H – Foto de participação da RFECC/AM no encontro da RFNCC – 1978

Participação da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer – AM no 10º Encontro da Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer, realizado em Fortaleza - CE, entre os dias 4 e 6 de Maio de 1978



Fonte: Acervo RFECC-AM.

I – Foto de participação da RFECC/AM no encontro da RFNCC – 1980

Participação da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer – AM no 11º Encontro da Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer, realizado em Curitiba – PR, entre os dias 7 e 10 de Maio de 1980.



Fonte: Acervo RFECC-AM.

J – Foto de participação da RFECC/AM no encontro da RFNCC – 1982

Participação da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer – AM no 12º Encontro da Rede Feminina Nacional de Combate ao câncer, realizado em Salvador - BA, entre os dias 11 e 14 de Agosto de 1982.



Fonte: Acervo RFECC-AM.

K – Foto de participação da RFECC/AM no 1º Congresso da RFNCC – 1996

Participação da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer – AM no 1º Congresso da Rede Feminina Nacional de Combate ao câncer, realizado em Canela - RS, entre os dias 6 e 9 de Novembro de 1996.



Fonte: Acervo RFECC-AM.

REFERÊNCIAS

Fontes Documentais

Documentos Oficiais

AMAZONAS. Decreto N° 19.765-c, de 30 de março de 1999. Modifica o Estatuto da Fundação Centro de Controle de Oncologia – FCECON, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Amazonas**. Manaus, N° 29.138, Ano CV, p. 1-3, 06 Abr. 1999a.

AMAZONAS. Estatuto da Liga Amazonense Contra o Câncer. **Diário Oficial do Estado do Amazonas**. Manaus, 14 jun. 1978. p.12-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ofício n° 4. Comunica dotação de valor em favor da LACC. [S.l.], 6 de jan. 1969.

AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. Gabinete do Governador. **Ofício** n° GE-365/79, 23 de abr. 1979a.

AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. Gabinete do Governador. Modifica Estatuto da Fundação CECON. Decreto n° 12.910, 30 de mar. 1990. **Diário Oficial**, Manaus, 30 mar. 1990. p.5 - 9.

AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. Gabinete do Vice-Governador. **Ofício** n° 041/79 - GVG, 30 de abr. 1979b.

AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. Vacinação contra o HPV é aprovada na ALE-AM e Governo estima para maio o início da imunização. 30 de mar. 2013.
Disponível em: <<http://www.amazonas.am.gov.br/2013/03/vacinacao-contr-o-hpv-e-aprovada-na-ale-am-e-governo-estima-para-maio-inicio-da-imunizacao/>>
Acesso em: 17 jul. de 2015.

AMAZONAS. Lei N° 1935, de 20 de dezembro de 1989. Institui a Fundação Centro de Controle de Oncologia e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Amazonas**. Manaus, 20 dez. 1989. p.4.

AMAZONAS. Secretaria de Planejamento e Coordenação Geral. Comissão de Desenvolvimento do Estado do Amazonas – CODEAMA: **Relatório sobre o Projeto de Implantação das Unidades Médicas do Interior** – PIUMI. [Manaus]: v. II, Jun., 1971.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Cadastra FCECON como Centro de Alta Complexidade em Oncologia. Resolução nº 0029/29 – CIC/AM, 22 de jun. 1999. **Diário Oficial** – Publicações Diversas, Manaus, 30 jun. 1999a. p.6.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Designa diretora administrativa do Centro e representante do Núcleo Central. Portaria nº 65, 25 de jun. 1974. **Diário Oficial**, Manaus, 1 julh. 1974a. p.7.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório do Triênio 1979-1981**. Manaus, [1982].

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Anual - 1982**. [Manaus, 1983].

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório SESAU: realizações da administração Euler Ribeiro, 1984 – 1986**. Manaus, 1986.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde / FCECON. **Prestação de Contas Ordinária Anual: Relatório de Gestão do Exercício de 2011a**. Manaus, 2011.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório da Fundação Centro de Controle de Oncologia**. Manaus, 1999b.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Resolve a criação do Centro de Controle de Câncer do Estado do Amazonas. Portaria nº 64, 25 de jun. 1974. **Diário Oficial**, Manaus, 1 jul., 1974b. p.4-7.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades da Gerência de Programas de Controle do Câncer – FCECON, 1999**. Manaus, 1999b.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades da Gerência de Programas de Controle do Câncer – FCECON, 2000**. Manaus, 2000.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades da Gerência de Programas de Controle do Câncer – FCECON, 2001**. Manaus, 2001.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades da Gerência de Programas de Controle do Câncer – FCECON, 2002**. Manaus, 2002.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades da Coordenação dos**

Programas de Prevenção Controle do Câncer – FCECON, 2003. Manaus, 2003.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades da Coordenação dos Programas de Prevenção Controle do Câncer – FCECON, 2004.** Manaus, 2004.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades do Departamento de Prevenção Controle do Câncer – FCECON, 2006.** Manaus, 2006.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades do Departamento de Prevenção Controle do Câncer – FCECON, 2007.** Manaus, 2007.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades do Departamento de Prevenção Controle do Câncer – FCECON, 2008.** Manaus, 2008a.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Supervisão do Programa Viva-Mulher nas Unidades Básicas de Saúde – FCECON.** Manaus, 2008b.

AMAZONAS. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório de Atividades do Departamento de Prevenção Controle do Câncer – FCECON, 2011.** Manaus, 2011b.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório 1975.** Manaus, 1975a.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Gabinete do Secretário. **Relatório 1976.** Manaus, [1976].

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório SUSAM 2003-2006: principais realizações do Governo da Amazonas na área de saúde.** Manaus, 2007.

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **SUS Relatório de Gestão – 1999.** Manaus, [1999c].

AMAZONAS. Secretaria de Saúde. Gabinete do Secretário. Ofício nº 01528/79 - GSESAU, 07 de mai. 1979c.

AMAZONAS. Secretaria de Saúde. **O Programa de Saúde e sua Implantação.** Manaus, Set. 1972.

AMAZONAS, Secretaria da Saúde. **Relatório das Atividades da Secretaria de Saúde, 1967-1969**. Manaus: Imprensa Oficial, [1970].

AMAZONAS, Secretaria de Saúde. **Relatório Final: Dr. Antônio Ricci**. [Manaus, 1975b].

AMAZONAS. Secretaria de Saúde. **Relatório 1977**. [Manaus, 1977].

AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Histórico do Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado**. Manaus, 2015.

Disponível em: <<http://www.hpsjoaolucio.am.gov.br/>>

Acesso em 07 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer**. [Rio de Janeiro, 1973].

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Sobre a criação do Fundo de assistência**.

Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/1960-1973/>

Acesso em: 23 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.040/GM, de 21 de junho de 1998. Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº. 117, 23 jun. 1998. Seção I, p. 102.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** nº 788/GM, de 23 de junho de 1999. Transfere a coordenação do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino para o INCA. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº. 119-E, 24 jun. 1999. Seção 1, p. 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sobre o cadastramento da FCECON Centro de Referência em Tratamento da Dor Crônica. **Portaria** nº 40, 20 mar. de 2003.

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/PT-40.htm>>

Acesso em: 12/ nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Seção de Execução da Divisão do Orçamento. **Presta esclarecimentos**. [Rio de Janeiro], 1969.

BRASIL. Presidência da República. Lei 6229/75, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

Disponível em: < <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128430/lei-6229-75>>

Acesso em: 17/06/2015

BRASIL. Senado Federal. Biografia: José Bernardino Lindoso. Portal Senadores, [s.d.].

Disponível

em:

<http://www.senado.gov.br/senadores/senadores_biografia.asp?codparl=1890&li=44&lca=1971-1974&lf=44>

Acesso em: 05 de jun. 2015

BRASIL. Senado Federal. Gabinete do Vice Presidente. Informativo de inclusão de doação à LACC no orçamento da república para o ano de 1979. Brasília, 14 de Out. 1978.

BRASIL. Serviço Público Federal. Institui Comissão Especial: Rede Feminina Nacional de Combate ao Câncer. [S.l.:] 28 de mai. 1975.

DATASUS. População residente no Município de Nhamundá, 2004.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>>

Acesso em: 29 julh. 2014b.

FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE. Saudações da Sra. Carmem Annes Dias Prudente ao Dr. João Bosco L. Botelho, pelo vínculo legal da LACC com a RFECC. São Paulo, 6 de mai. de 1978.

IBGE. Sinopse preliminar do Censo demográfico: Amazonas. Rio de Janeiro: IBGE, 1981.

Disponível

em:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/310/cd_1980_v1_t1_n4_am.pdf>

Acesso em: 14 julh. 2015.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Reunião: trata da renúncia da antiga diretoria e eleição e posse da nova diretoria. Manaus, 30 de set. de 1986.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Reunião: trata dos meios de divulgação dos trabalhos. Manaus, 08 de mar. 1999a.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Assembleia Geral Ordinária: trata da inclusão do GACC à LACC, das homenagens a colaboradores, entre outros assuntos. Manaus, 28 de jan. de 2000a.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Assembleia Geral Ordinária:

trata do projeto de Telemarketing, do Projeto de Albergue. Manaus, 25 de fev. de 2000b.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Assembleia Geral Ordinária: trata do projeto Telemarketing, processo de arrecadação, construção da Casa da Criança. Manaus, 16 de jun. de 2000c.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Assembleia Geral Ordinária: trata do projeto Telemarketing, transferência do Centrinho, construção da Casa da Criança. Manaus, 30 de jun. de 2000d.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Assembleia Geral Ordinária: trata de prestação de contas, do projeto Telemarketing, construção da Casa da Criança. Manaus, 22 de set. de 2000e.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Assembleia Geral Ordinária: desvinculação do GACC da LACC. Manaus, 20 de outubro de 2000f.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Reunião Extraordinária da Diretoria da LACC: resultados Telemarketing, detalhes da estrutura do novo prédio FCECON, construção do Lar da Criança. Manaus, 04 de maio de 2001a.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Assembleia Geral Extraordinária: Saída da Rede Feminina como departamento da LACC e aprovação do novo estatuto. Manaus, 29 de dezembro de 2003a.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Reunião da LACC: Eleição do presidente da LACC. Manaus, 03 de maio de 2004a.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Reunião de Diretoria da LACC: situação do quadro de funcionários, sobre o fundo de atividades fim e reunião de capacitação e telemarketing. Manaus, 10 de agosto de 2004b.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Ata da Reunião de Diretoria da LACC: situação financeira, resultados das atividades beneficentes. Manaus, 27 de dezembro de 2004c.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Demonstrativo de receita e despesa ano de 1968. Manaus, [1969a].

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Informativo. Manaus, ano 2, n. 5, mai./jun./jul./agost., 2000g.

LIGA AMAZONENSE DE COMBATE AO CÂNCER. **Ofício nº 01/79**. Manaus, 1979a.

LIGA AMAZONENSE DE COMBATE AO CÂNCER. **Resolução nº 01/79**. Manaus, 1979b.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Relatório de atividades. Manaus, [1969b].

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Relatório de situação e projeto. Manaus, 30 de jan. de 1969c.

LIGA AMAZONENSE DE COMBATE AO CÂNCER. **Relatório**. [Manaus], 1999b.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Relatório - LACC. Manaus, 2001b.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Relatório - LACC. Manaus, 2003b.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Relatório - LACC. Manaus, 2004d.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Relatório - LACC. Manaus, 2005.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Relatório - LACC. Manaus, 2011.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Relatório - LACC. Manaus, 2013.

LIGA AMAZONENSE CONTRA O CÂNCER – LACC. Solicitação de extrato bancário, Manaus, 28 de jan. de 1969c.

REDE FEMININA ESTADUAL DE COMBATE AO CÂNCER DO AMAZONAS. História da Rede. [Manaus], 1986. Texto. Datilografado.

REDE FEMININA ESTADUAL DE COMBATE AO CÂNCER DO ESTADO DO AMAZONAS. Ofício nº9/78- RFECC. Comunica recebimento de Ofício da LACC sobre a incorporação da Rede como departamento da LACC. Manaus, 11 de set. 1978a.

REDE FEMININA ESTADUAL DE COMBATE AO CÂNCER DO ESTADO DO AMAZONAS. Ofício nº10/78- RFECC. Comunica envio de Portaria e estatutos para a LACC; constituição da diretoria, local e horário de funcionamento da REDE. Manaus, 11 de set. 1978b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Comunicação à LACC sobre filiação a SBC. Salvador, 15 de maio de 1979.

Jornais

CENTRO de câncer terá ministro na inauguração. **A Crítica**, Manaus, 16 dez. 1974. 1º caderno, p.2.

HOSPITAL do câncer já está todo equipado. **A Crítica**, Manaus, 17 out. 1974. 1º caderno, p.3.

MINISTRO inaugura CECON. **A Crítica**, Manaus, 22 dez. 1974a. 1º caderno, p.2.

MINISTRO inaugura Centro. **A Crítica**, Manaus, 22 dez. 1974b. Capa.

PAULO Machado vem inaugurar Hospital do Câncer **A Crítica**, Manaus, 06 dez. 1974b. 1º caderno, p.2.

PAULO Machado de volta a Manaus dia 21. **A Crítica**, Manaus, 15 dez. 1974. 1º caderno, p.3.

RICCI anuncia nova clínica no “Getúlio Vargas”. **A Crítica**, Manaus, 29 jun. 1974. 1º caderno, p.2.

Bibliográficas

AMAZONAS. Guia Geográfico. **Mapa do Amazonas**.
Disponível em: <<http://www.guiageo.com/amazonas.htm>>.
Acesso em: 03 mai. 2015.

ARAÚJO, José César do Nascimento; PAULA, Elder Andrade de. **Novas formas de desenvolvimento do Amazonas: Uma leitura as ações do Programa Zona Franca Verde.** Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. Taubaté: G&DR, v. 5, n. 3, set-dez, p. 140-154, 2009.

Disponível em: <<http://www.rbgdr.net/032009/artigo7.pdf>>

Acesso em 17 de jul. 2014.

BÉLAND, Daniel. Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective. **Social Policy & Administration**, v.39, n.1, 2005. p.1-18.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (Coord.). **História e Saúde Pública: A política de controle do câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

BOTELHO, João Bosco. As transformações no tratamento cirúrgico dos cânceres: das grandes incisões nos anos 1970 aos cortes quase invisíveis de hoje. Entrevista. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, jul 2010, p.181-202.

BOTELHO, João Bosco Lopes. Currículo Lattes. 12 de março de 2015a.

Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/3493879590062999>>.

Acesso em: 30 de mai. De 2015

BRASIL. Primeira Unidade Básica de Saúde Fluvial construída com recursos do SUS é entregue no Amazonas. **Portal do Planalto**, 15 jan. 2013.

Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/excluir-historico-nao-sera-migrado/primeira-unidade-basica-de-saude-fluvial-construida-com-recursos-do-sus-e-entregue-no-amazonas>>.

Acesso em: 05 mai. 2015.

BRASIL. Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). **Portal da Saúde – SUS.**

Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_ubsf.php>.

Acesso em: 05 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Conhecendo o Viva Mulher; Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CÂMARA MUNICIPAL DE MANAUS. Outorga da Medalha de Ouro Adriano Jorge. **Revista da Câmara Municipal de Manaus**, Manaus, Junho/2003.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. Notícia: ECBC João Bosco foi o vencedor. 28 de maio de 2015.

Disponível em: <<https://www.cbc.org.br/12453/>>

Acesso em: 31 de mai. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM publica nota de pesar pelo falecimento de Ataliba Macieira Bellizzi, fundador da SBCCP. 30 de julh. de 2012.

Disponível em:

<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23118:cfm-publica-nota-de- pesar-pelo-falecimento-de-ataliba-macieira-bellizzi-fundador-da-sbccp&catid=3>

Acesso em: 30 de mai. de 2015.

CORLETA, Helena Von Eye. **Candidíase e Vaginose**, Porto Alegre, 05 jan. 2010. Disponível em: < <http://www.abcdasaude.com.br/ginecologia-e-obstetricia/candidiase-e-vaginose>>.

Acesso em: 03 maio 2015.

CORRÊA, Dina Albuquerque Duarte; VILLELA, Wilsa Vieira. O Controle do câncer do colo do útero: desafios para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, out./dez., p. 191-7, 2008.

COSTA, Manuela Castilho Coimbra; TEIXEIRA, Luiz Antônio. As campanhas Educativas contra o câncer. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, jul. 2010, p.223-241.

CYSNE, Rubens Penha. A economia brasileira no período militar. In: SOARES, Gláucio Ary Dillon; D'ARAÚJO, Maria Celina (orgs.). **21 anos de regime militar: balanços e perspectivas**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1994.

Disponível em:

<<http://www.fgv.br/professor/rubens/HOMEPAGE/publica%C3%A7%C3%B5es/Artigos%20Publicados/A%20Economia%20Brasileira%20no%20Regime%20Militar.pdf>>.

Acesso em 15/09/2015

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. (Org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz / OPAS / OMS, 2005. p.59-81.

FAUSTO, Boris. O Regime Militar, 1964-1985. In: **História do Brasil**. 14ªed. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2012. p.397-438.

FLEURY, Sônia e OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: Uma Política Social. In:

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz / CEBES, 2008. p. 23 -64.

FUNDAÇÃO HOSPITAL AUGUSTO ADRIANO JORGE. Diretor da FHAJ recebe homenagem pelo título Doutor Honoris Causa. Manaus, 30 de mar. 2012.
Disponível em: <<http://www.fhaj.am.gov.br/detalhar/id/31>>
Acesso em: 15 de jan. 2015.

ÎÑIGUEZ ROJAS, Luisa Basilia; TOLEDO, Luciano Medeiros (Org.). **Espaço e Doença: Um Olhar Sobre o Amazonas**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação Educação. **ABC do câncer**: abordagens básicas para controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas de mortalidade por câncer**. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>. Acesso em: 06 out. 2013a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero**. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/>
Acesso em 06 out. 2013b.

LANA, Vanessa. **Ferramentas, práticas e saberes**: a formação de uma rede institucional para a prevenção do câncer do colo do útero no Brasil – 1936-1970. 2012. 257 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na

construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel. (Org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz / OPAS / OMS, 2005. p.27-58.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa e GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz / CEBES, 2008. p. 107-140.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades Móveis de Saúde da Mulher**. Manaus, 2015b.

Disponível em:< <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2015/04/LOCALIZA%C3%87%C3%83O-DAS-UNIDADES-M%C3%93VEIS-DE-SA%C3%9ADE3.pdf>>

Acesso em: 02/ mai. 2015.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G. et al. (orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 303-325.

MERCADANTE, Otávio. A Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Disponível em <http://books.scielo.org/id/sd>

MINAYO, Maria Cecília da Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed.. São Paulo: Hucitec, 2008.

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

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: nota sobre contextos e autores. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PORTER, Dorothy. Part 2 - The right to health and the modern state. In: **Health, Civilization and the State: The history of public health from the ancient to modern times**. London and New York: Routledge, 1999.

REDE CÂNCER. **Câncer do Colo do Útero: Histórico do Programa**

Disponível em:

<http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home/historico_programa++/historico>.

Acesso em: 10 jun. 2014

ROCHA, V. Do caranguejo vermelho ao Cristo cor-de-rosa: as campanhas educativas para a prevenção do câncer no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.17, p.253-263. 2010.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.3, p. 1671-1680.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>>.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. **Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890 – 1930**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

SEDICIAS, Sheila. Leucorréia: doença da mulher, 23 jan. 2013.

Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/leucorreia-doenca-da-mulher/>>.

Acesso em: 03 maio 2015.

SERÁFICO, José e SERÁFICO, Marcelo. A Zona Franca de Manaus e o capitalismo no Brasil. **Estudos Avançados**, v.19, p.99-113, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Docteur Honoris Causa. S.d.

Disponível em:

<http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=160:docteur-honoris-causa&catid=31>

Acesso em: 31 de mai. de 2015a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO. Sobre a SBCCP: Histórico

Disponível em: <http://www.sbccp.org.br/?page_id=21>

Acesso em: 30 de mai. de 2015b.

SOUZA, Márcio. **História da Amazônia**. Manaus: Editora Valer, 2009.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi ET all. (ESCOBAR, Eulália Maria A.; GIMENEZ, Aparecida Silvia M.; CAMARGO, Katia G.; LELLI, Carmem L.S.; YOSHIDA, Tânia M.) Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 26(3): 185-94, 1992.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; FONSECA, Cristina Oliveira. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.17, p.13-31. 2010.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; PORTO, Marco Antonio e HABIB, Paula Arantes Botelho. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, UFRJ XX (3), p.375-380, 2012.

TEIXEIRA, Luiz Antônio, PORTO, Marco Antonio e NORONHA, Claudio Pompeiano. **O Câncer no Brasil: Passado e Presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**.
Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/en/>>.
Acesso em 06 out. 2013

Entrevistas

BOTELHO, João Bosco Lopes. História da FCECON e da LACC. Gravação de áudio pelo smarthphone Samsung Galaxi Pocket Neo. (45 min.). Manaus, 20/ jan. 2015b. Entrevista concedida a Lucia Regina de Azevedo Nicida.

COELHO, Manoel Jesus Pinheiro. História da FCECON. Gravação de áudio pelo smarthphone Samsung Galaxi Pocket Neo. (46 min.). Manaus, 04/ nov. 2014. Entrevista concedida a Lucia Regina de Azevedo Nicida.

DIAS, Hildeberto Corrêa. História da LACC. Gravação de áudio pelo smarthphone Samsung Galaxi Pocket Neo. (52min.) Manaus, 18/nov. 2014. Entrevista concedida a Lucia Regina de Azevedo Nicida.

OLIVEIRA, Marília Muniz Cavalcante de. História da FCECON. Gravação de áudio pelo smarthphone Samsung Galaxi Pocket Neo. (56min.) Manaus, 14/nov. 2014. Entrevista concedida a Lucia Regina de Azevedo Nicida.

SOUZA, Marlene Braga de. História da Rede Feminina Estadual de Combate ao Câncer do Amazonas – RFECC-AM e da LACC. Gravação de áudio pelo smarthphone Samsung Galaxi Pocket Neo. (56min.) Manaus, 17/nov. 2014. Entrevista concedida a Lucia Regina de Azevedo Nicida.

APÊNDICE

A - Galeria de diretores da FCECON

Galeria de Diretores da FCECON	
1974	Maria Zélia Fiorillo Casella – Diretora administrativa
	Mário Isaac Sahdo – Diretor clínico
1976	Manoel Jesus Pinheiro Coelho
1978	Takeo Siosaki
1978	Manoel Jesus Pinheiro Coelho
1982	Leônidas Alves da Silva
1986	Abelardo Rodolfo Lemos Pampolha
1988	João Bosco Lopes Botelho
1989	Manoel Jesus Pinheiro Coelho
1992	Leônidas Alves da Silva
1995	Manoel Jesus Pinheiro Coelho
2004	João Batista Baldino
2008	Tancredo Castro Soares
2011	Edson de Oliveira Andrade

B - Galeria de diretores da LACC

Galeria de Presidentes da LACC	
1968	Mário Isaac Sahdo
1976	Dr. João Bosco Botelho
1986	Marlene Braga de Souza
1996	Rosedilson Lopes de Assis
1999	Rosedilson Lopes de Assis
2000 (Interinamente)	Arabi Armed e Silva
2001	Rosedilson Lopes de Assis
2004	Hildeberto Corrêa Dias

C - Galeria de diretores da Rede Feminina

Galeria de Presidentes da Rede Feminina Estadual - AM	
1978	Marlene Braga de Souza
2011	Marília Muniz Cavalcante de Oliveira