

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

JONY ALBERTO CORREIA

**A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DA REDE DE PROTEÇÃO
SOCIAL VOLTADA A PESSOA COM CÂNCER, NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 03 / 07 / 09

Beatriz

Prof. Dr. Beatriz Augusto Pr
Chefe do Depto. de Serviço S
CSE/UECC

**FLORIANÓPOLIS
2009.1**

JONY ALBERTO CORREIA

**A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DA REDE DE PROTEÇÃO
SOCIAL VOLTADA A PESSOA COM CÂNCER, NO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eliete Cibele Cipriano Vaz.

JONY ALBERTO CORREIA


**A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DA REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL VOLTADA A
PESSOA COM CÂNCER, NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Eliete Cibele Cipriano Vaz
Presidente da Banca



Prof^ª. Dr^ª. Tania Regina Krüger
1º Membro Examinador



Assistente Social Francielle Lopes Alves
2º Membro Examinador

Florianópolis, julho de 2009.

Dedico este trabalho a todos os usuários e participantes da pesquisa que compartilharam comigo parte de suas vivências diante da situação de câncer.

A verdade é que eu preferia que o câncer fosse apenas um signo ou somente uma constelação.

Um paralelo situado ao norte da linha do equador, até é digno...

Contudo, que fosse apenas imaginário em toda a sua forma de demonstração.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente dedico estas primeiras linhas para agradecer a DEUS, Autor de minha vida e que nas horas certas e incertas iluminou meu caminho.

Aos meus pais, agradeço pelo estímulo e incentivo dado nesta jornada pela minha formação acadêmica.

Às minhas avós (Maria da Conceição e Anita) agradeço pelo aconchego e apoio de todo o tempo. Agradeço também a minha família – compreendida na sua forma mais ampliada – pelas palavras de incentivo.

Às minhas tias: Taty, Patrícia e Janaína, dedico o fruto final (e também inicial) de minha formação, obrigado pelos estímulos e pelo apoio, mesmo quando tudo parecia ser apenas um sonho (e como foi preciso lutar para alcançá-lo!).

À mestra, professora e minha orientadora, Professora Eliete. Agradeço-lhe de forma especial, por aceitar ser minha orientadora, pela paciência, pelo apoio e pela presença sempre constante e imprescindível durante este processo. Suas contribuições são inestimáveis!

À minha professora e também examinadora, Prof^ª. Dr^ª. Tânia Regina Krüger, muito obrigado pela pronta disposição em participar de minha banca examinadora. Estendo também meus agradecimentos para a Professora Maria Izabel da Silva, que gentilmente aceitou a ser examinadora suplente de minha banca.

Agradeço também à Assistente Social Francielle Lopes Alves, pelo aceite em também ser minha examinadora, pelas sugestões de leitura (que também ajudaram a embasar este trabalho) e pelo apoio dado neste processo. Aproveito para estender minha gratidão a todas as Assistentes Sociais do Hospital Universitário, sobretudo à Assistente Social Maria Aparecida, pelo estímulo ofertado em muitos momentos importantes, e à Hilda, pelos estímulos e pelas palavras de carinho.

À minha grande referência, amiga e também minha supervisora de campo de estágio no HU/UFSC, Assistente Social Mariana Silveira Barcelos. Obrigado por compartilhar comigo um pouquinho de seus conhecimentos, pelos votos de confiança e, sobretudo por ter me ensinado tanto. Dedico a você o melhor deste trabalho, Super! Não há palavras para medir meus agradecimentos a você, dessa forma, tenha apenas certeza de que ele será eterno.

À Paolla e à Camile, companheiras de estágio, firmo também meus agradecimentos pelos votos de sucesso e pela amizade que se consolidou entre nós.

A quem passou comigo os melhores tempos, dividindo as angústias e as alegrias nestes quatro anos de faculdade: Paola, Rejane, Flaviana, Babi, Milene, Patrícia e Pamela, obrigado

por compartilharem comigo de momentos inesquecíveis (Vida longa à Liga da Justiça!).

À minha amiga de longa data, Arline, cursamos juntos boa parte desta trajetória, nos dedicando aos estudos em lugar de outras mil coisas que poderíamos fazer, meu agradecimento por seres minha amiga insubstituível, já por tanto tempo.

Aos meus amigos, “brother's” de quem jamais esquecerei, Vando, Maicon e Dino, pela convivência, incentivo, amizade, companheirismo e apoio, agradeço e desejo que esta amizade seja infindável! Vocês foram indispensáveis neste processo, obrigado por tudo!

Termino agradecendo a todas as pessoas que acreditaram na direção que quis seguir, contribuindo com palavras de incentivo e apoio. Tenham certeza que direta ou indiretamente, vocês contribuíram para o resultado deste trabalho.

Por fim, meu carinho, agradecimento e reconhecimento a todas as pessoas que me são e foram muito importantes nesta jornada que, com este trabalho, não termina. Apenas começa!

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso consiste na apresentação do estudo realizado sobre a acessibilidade aos serviços da rede de proteção social de pessoas com câncer, usuárias do Sistema Único de Saúde e internadas no Hospital Universitário de Florianópolis, conferindo uma abordagem mais abrangente sobre o conceito de saúde. Temos como objetivo geral compreender como se dá a acessibilidade aos serviços voltados às pessoas com câncer. Definimos como objetivos específicos, identificar quais os serviços disponíveis desta rede de proteção social, verificar o impacto do câncer na vida dos sujeitos envolvidos, analisar como se desenvolve a acessibilidade aos serviços desta rede e elencar as principais barreiras e também os facilitadores no referido acesso. Consta como elemento estrutural, o estudo acerca da política de proteção social instituída no Brasil, considerando que para o estabelecimento de uma rede de proteção social há uma política constituída que a orienta e a organiza. O trabalho em questão está estruturado em quatro seções. A primeira é destinada a Introdução, como parte integrante da norma padrão para trabalhos dessa natureza. Na segunda seção, tratamos das origens e das causalidades do câncer, abordando sobre a doença propriamente dita e sobre o impacto desta enfermidade na vida dos sujeitos e da família. Ainda nesta segunda seção, fizemos um resgate histórico sobre os condicionantes da política de atenção ao câncer no Brasil. A terceira seção compreende a caracterização da rede de proteção social no contexto brasileiro e sobre o processo de adoecimento. Tratamos também de caracterizar a saúde como um aspecto de proteção social, enfatizando como está organizada atualmente a política de saúde oncológica no Brasil, de forma que, nessa perspectiva, apresentamos os serviços da rede de proteção social voltada ao atendimento da pessoa com câncer e os aspectos da acessibilidade a estes serviços. Por fim, apresentamos na quarta e última seção, a pesquisa realizada junto pessoas com câncer, usuárias do Hospital Universitário, procedentes do município de Florianópolis, onde discorreremos sobre o tipo de estudo, os procedimentos metodológicos utilizados, seguido da análise dos dados coletados. Para a elaboração deste trabalho foi realizada pesquisa exploratória, delineada como pesquisa bibliográfica, documental, empírica e qualitativa e, como procedimentos técnicos, a utilização de entrevista e questionário semi-estruturado, aplicado aos usuários com câncer internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. No desenvolvimento do trabalho primamos pela utilização do exercício da dialética, desenvolvendo um trabalho em que a perspectiva crítica é acionada em forma de debate e não apenas mera exposição bibliográfica. Ressaltamos que o trabalho utiliza as legislações pertinentes e os principais autores de referência: **Donabedian** (Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica, 1988), **Servantes** (Terapia Ocupacional: pesquisa e atuação em oncologia, 2002), **Silva** (Como o câncer (des)estrutura a família, 2000), **Sontag** (A doença como metáfora, 1984) e **Travassos e Martins** (Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, 2004).

Palavras-chave: Câncer; A Pessoa com Câncer; Proteção Social; Política de Saúde Oncológica; Acessibilidade.

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1: Porcentagem dos índices e causalidades dos óbitos no Brasil no ano de 2004	22
Gráfico 2 Identificação dos Usuários: Sexo.....	91
Gráfico 3 Estado Civil.....	92
Gráfico 4 Escolaridade.....	93
Gráfico 5 Jornada Semanal de Trabalho.....	96
Gráfico 6 Somatório da Renda familiar e individual.....	96
Gráfico 7 Fatores associados ao desenvolvimento do Câncer.....	98
Gráfico 8 Meio de transporte utilizado para o tratamento.....	104
Figura 1: Estimativa de incidência de câncer no Mundo em 2020	25
Figura 2: Distribuição absoluta de trabalhadores expostos a agentes cancerígenos nas indústrias de alumínio, couro, coquearias, madeira, fundição e borracha.....	27

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Estimativas para os anos 2008/2009, de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária no Brasil.....	24
Quadro 2: Identificação dos Usuários Entrevistados.....	91
Quadro 3: Aspectos da Moradia	94
Quadro 4: Aspectos Ocupacionais	95
Quadro 5: Aspectos do Diagnóstico	99
Quadro 6: O Impacto diante do Diagnóstico.....	100
Quadro 7: Características da Acessibilidade.....	103
Quadro 8: Identificação de Facilitadores no Acesso.....	105
Quadro 9: Identificação de Barreiras no Acesso.....	108
Quadro 10: Aspectos da Disponibilidade e da Qualidade dos Serviços.....	109
Quadro 11: Sugestões para melhora no Acesso e na Qualidade dos Serviços.....	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. – Antes de Cristo

APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade

C.A – Câncer

CAPs – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CACON - Centros de Alta Complexidade em Oncologia

CNCC – Campanha Nacional de Combate ao Câncer

DCD – Doença Crônica Degenerativa

DNS – Departamento Nacional de Saúde

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

FUNRURAL – Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural

HU – Hospital Universitário

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

INCA – Instituto Nacional do Câncer

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan – Americana da Saúde

Ra – Radio (elemento químico)

RCBP - Registro de Câncer de Base Populacional

RBC – Revista Brasileira de Cancerologia

RHC - Registro Hospitalar de Câncer

SNC – Serviço Nacional de Câncer

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UICC – União Internacional Contra o Câncer

UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

O Câncer na Mitologia Grega

“Hércules, o super herói da antiga mitologia grega realizou doze trabalhos fantásticos. Um deles foi combater o monstro Hidra, que habitava os pântanos próximos da cidade de Lerna. Hidra tinha um corpo de serpente com sete cabeças e um hálito mortal. Era impossível matar a cabeça central, e as outras cabeças sempre renasciam quando alguém as cortava [...] O mito faz uma metáfora às neoplasias: é difícil atingir a cabeça primária da doença e as metástases, mesmo retiradas, podem reaparecer. Hércules pediu ajuda ao seu sobrinho Iolau: enquanto o herói cortava as cabeças, o rapaz cauterizava o corte com uma tocha de fogo. Só assim, por um procedimento típico dos cirurgiões, evitaram que houvesse o renascimento do perigo.

Hércules não era amado pela ciumenta deusa Juno (também conhecida como Hera), esposa de Zeus (Júpiter). Zeus colocara o herói, quando bebê, a mamar no seio de Juno enquanto ela dormia. Isto fortaleceu o menino, mas a deusa nunca o perdoou. Enquanto Hércules estava preocupado com a Hidra, a deusa mandou um caranguejo gigante, chamado Câncer, para acabar com ele, de forma traiçoeira. Contudo, depois de ter vencido a Hidra, o herói sentiu-se poderoso a ponto de fulminar Câncer com um pontapé.

Juno, então, colocou o caranguejo no zodíaco, como constelação, para que todos possam vê-lo. A constelação recorda a aventura hercúlea nos pântanos: a luta do herói contra Câncer e contra o monstro das cabeças que renascem. Ao olharmos para o céu, em solitárias noites estreladas, sabemos que em algum lugar da Via Láctea nos conserva uma reminiscência de passado e um alerta ao futuro.

A pequenez humana é, ao mesmo tempo, frágil e corajosa, diante do grande caranguejo.”

(Alan Índio Serrano)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. ORIGENS E CAUSALIDADES DO CÂNCER.....	17
2.1 O Câncer e seus Aspectos Sócio Históricos.....	17
2.2 A Pessoa com Câncer.....	29
2.2.1 O Impacto do Câncer na Família.....	36
2.3 Condicionantes Históricas da Política de Atenção ao Câncer, no Brasil.....	40
3. A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL E A ACESSIBILIDADE AO ATENDIMENTO DA PESSOA COM CÂNCER.....	46
3.1 Proteção Social no contexto brasileiro e o adoecimento.....	46
3.1.1 Período de 1920 a 1964 (do período pré populista ao período populista/ desenvolvimentista).....	51
3.1.2 Período de 1964 a 1985 (do regime militar ao período pré democrático).....	53
3.1.3 Período de transição para a democracia liberal, iniciado em 1986.....	58
3.2 A saúde como aspecto de Proteção Social.....	63
3.2.1 A Política de Saúde Oncológica no Brasil.....	68
3.3 Os serviços da rede de proteção social e o atendimento da pessoa com câncer.....	73
3.4 A Acessibilidade aos serviços da rede de proteção social.....	78
4. A PESQUISA REALIZADA JUNTO AOS USUÁRIOS COM CÂNCER.....	86
4.1 Tipo de Estudo.....	86
4.1.1 Procedimentos Metodológicos.....	87
4.2 Análise dos Dados.....	90
4.2.1 Identificação dos Usuários.....	91
4.2.2 Aspectos Sócio Ocupacionais.....	94
4.2.3 Impacto dos Usuários frente ao diagnóstico do Câncer.....	97
4.2.4 Características da Acessibilidade.....	102
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117

APÊNDICE.....	122
APÊNDICE A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	123
APÊNDICE B Modelo do Questionário.....	124

INTRODUÇÃO

Até ~~início~~ dos do século XIX, o Câncer era um mal raramente diagnosticado. Quando confrontado, pouco se tinha a fazer, pois não se dispunha de qualquer tratamento para combatê-lo. Somente se ofereciam medidas de apoio para o indivíduo que, uma vez acometido pela enfermidade, era considerado predestinado a morte decorrente a doença. O primeiro tratamento efetivo, visando a sua cura, foi a extirpação cirúrgica, que tornou-se possível, apenas, quando foi descoberta a anestesia geral, nos fins do século XIX. Mesmo assim, com todos os avanços terapêuticos em favor da cura e do restabelecimento da saúde, o câncer, por vezes, é apresentado com um viés ameaçador, associado à dor, à tumoração, e à perda inevitável da vida.

Não foi apenas para a medicina que o câncer tomou novas configurações, mas também passou por vários processos de mudanças sociais. O aumento das informações médicas sobre a enfermidade, o conhecimento de que alguns tipos de câncer são tratáveis e curáveis, a tendência crescente a ver os usuários com câncer como consumidores de serviços médicos, a diminuição ou negação do Estado mediante garantias essenciais às pessoas com câncer, a emergência da preocupação moral e legal sobre os direitos dos usuários enfermos, enfim, desde que os avanços em torno do câncer passaram a assumir maior dimensão, da mesma forma ocorreram muitas mudanças sociais em torno desta enfermidade.

Mesmo com o movimento da historicidade e das novas abordagens ao câncer, muitas tendências de enfrentamento à doença permanecem as mesmas. Ainda hoje o ser humano com o diagnóstico de câncer, se vê como um ser que está enfrentando uma situação real de ameaça à vida, vivenciando a possibilidade de finitude. Talvez em certas partes, este estranhamento seja inevitável, pois é difícil estar preparado para receber um diagnóstico de câncer. Nesse momento, mais do que nunca, o ser humano percebe que é mortal. É um momento em que crenças são colocadas em xeque, valores são revisados e a vida é revista com um olhar crítico. Além disso, lembranças de pessoas queridas ou conhecidas que tiveram a doença vêm à memória repetidas vezes. Os significados metafóricos da doença se fazem presentes, sobretudo no momento do diagnóstico. Não é apenas o medo da morte que assombra. São as novas dimensões que a vida irá tomar diante do câncer.

O indivíduo se depara com o diagnóstico de uma doença que tem uma evolução geralmente agressiva, com sintomas debilitantes como dor, perda de peso, presença de nódulos (comuns nos cânceres de cabeça e pescoço) e um tratamento prolongado associado a

efeitos colaterais desagradáveis de radioterapia e quimioterapia e/ou mutilações em decorrência de cirurgias invasivas. Mas a vida continua. Seus filhos ainda estão lá. Sua família ainda está lá. Não se pode ser apenas paciente. É inevitável. Há de ser também usuários de serviços, aliás, estar inserido em uma rede de proteção social que atenda as suas necessidades é mais do que uma opção, é vital!

Normalmente, como apoio neste processo conta-se com a participação da família e dos amigos que assim se constituem num importante alicerce para o cuidado do usuário com câncer. O afastamento da pessoa de suas atividades ocupacionais tende a despersonalizá-lo, inculcando efeitos negativos na sua qualidade de vida. Conviver com a situação do diagnóstico de câncer na família sugere que muitos de seus membros passem a assumir novas posturas, e, assim, o câncer que está alojado em um corpo, modifica a dinâmica de muitas outras vidas.

Na medida em que os estudos sobre as causalidades do câncer foram avançando, verificou-se que não existe uma causa/culpa suficiente em si. São uma série de fatores que quando vivenciados de forma associada e somados, colocam o indivíduo em maior escala de risco. Para tal, considerando que estes fatores não são apenas biofísicos, mas também sociais, econômicos, culturais, é inevitável – ou diríamos, essencial - que o Serviço Social, enquanto profissão que reconhece as expressões da questão social como causadoras e desencadeadoras de muitas mazelas na vidas dos indivíduos, também redimensione suas contribuições a partir de uma concepção ampliada de saúde, com vistas a abordar os aspectos sociais do câncer na vida dos sujeitos e na efetivação da proteção social do Estado para estes usuários.

Nessa perspectiva e compromisso, este trabalho é fruto de muitas indagações vivenciadas durante o estágio realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina nos períodos de 2008.2 a 2009.1, onde atuando como estagiário de Serviço Social pudemos identificar, de perto, o quanto as doenças também possuem determinantes sociais e o quanto é necessário abordagens sobre este tema com vistas a potencializar a atuação do Serviço Social junto aos usuários com câncer, de forma a fazer valer os princípios que integram o nosso Código de Ética, e conferir maior autonomia a estes usuários para que possam passar pelo processo de recuperação, e/ou promoção da saúde, assegurados por serviços da rede de proteção social específica, e que por vezes é tensionada, pela minimização do Estado diante destas demandas.

Como forma de sustentar tal contribuição, este trabalho se propõe a abordar a acessibilidade aos serviços da rede de proteção social voltada a pessoa com câncer, no município de Florianópolis. Uma vez instituída esta rede de proteção social, compreender: Como está se dando o acesso? Mas afinal o que é acesso? E proteção social? - Estas são

algumas indagações que nos propusemos a responder, neste trabalho.

Para a elaboração deste trabalho foi realizada pesquisa exploratória, delineada como pesquisa bibliográfica, documental, empírica e qualitativa e, como procedimentos técnicos, a utilização de entrevista e questionário semi-estruturado, aplicado aos usuários com câncer internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Ainda definimos como objetivos específicos, identificar quais os serviços disponíveis desta rede de proteção social, verificar o impacto do câncer na vida dos sujeitos envolvidos, analisar como se desenvolve a acessibilidade aos serviços desta rede e elencar as principais barreiras e também os facilitadores no referido acesso.

Para tal, organizamos este trabalho em 3 (três) seções. A primeira trata da origem e das causalidades do câncer, os aspectos sócio-históricos desta doença e como esta afeta os indivíduos e suas famílias. Além do impacto desta doença na vida dos usuários, desenvolvemos uma contextualização histórica sobre a Política de Atenção ao Câncer, no Brasil.

Posteriormente, na seção que sucede, apresentamos os aspectos da proteção social no Brasil frente o processo de adoecimento, abordando a saúde como um aspecto de proteção social e especificando quais os serviços voltados à pessoa com câncer, seguida de uma discussão sobre o conceito de acesso – que aqui adotamos de acessibilidade, para diferenciar da mera entrada nos serviços.

Na última seção apresentamos os dados da pesquisa realizada junto aos usuários com câncer, internados no HU/UFSC, com vistas a analisar os aspectos da doença na vida cotidiana destes e identificar as características da acessibilidade destes usuários junto aos serviços da rede de proteção social voltados ao seu atendimento. A pesquisa, de natureza qualitativa, integra este trabalho com caráter exploratório. Para a sua realização, entrevistamos seis (06) usuários e, de forma dinâmica, apresentamos os resultados obtidos, procurando manter em todo o trabalho um exercício de dialética, e não apenas durante a exposição da análise da pesquisa, embora consideremos que este é um momento muito próprio do trabalho.

Por fim, finalizamos o trabalho com as considerações construídas a partir apresentação clara e concisa da discussão e dos resultados obtidos durante o seu desenvolvimento, bem como procuramos responder às problematizações levantadas no início deste, de maneira a alcançar os objetivos propostos.

2 ORIGENS E CAUSALIDADES DO CÂNCER

“De repente do riso fez-se o pranto
Silencioso e branco como a bruma
E das bocas unidas fez-se a espuma
E das mãos espalmadas fez-se o espanto.
De repente da calma fez-se o vento
Que dos olhos desfez a última chama
E da paixão fez-se o pressentimento
E do momento imóvel fez-se o drama [...]”

Vinicius de Moraes

Nesta segunda seção abordaremos o Câncer, inicialmente apresentando uma contextualização sobre os aspectos sócio-históricos desta doença desde os seus remotos registros e também sobre os significados metafóricos que permeiam essa antiga enfermidade cercada de mitos e temores, em muitas sociedades. Tais significados atribuídos à doença, parecem afetar diretamente a forma com que se direcionam as ações voltadas ao seu enfrentamento e combate. Registros antigos tratam o Câncer como um “problema coletivo” e, nessa perspectiva seguirão as discussões quanto às pessoas com câncer, os impactos desta doença nas famílias, bem como os significados metafóricos desta enfermidade no meio social. Tais condicionantes são considerados como fundamentais para a compreensão das estratégias de enfrentamento desta doença na sociedade moderna, quer de forma coletiva ou individual, e de suas formas de acesso ao tratamento.

2.1 – O Câncer e seus Aspectos Sócio Históricos

Em termos históricos, o câncer é uma doença muito antiga. Estudos paleológicos revelam a presença de um osteoma¹ na vértebra de um dinossauro há 50 milhões de anos. Escritos egípcios (1200 a.C), já faziam referências a essa enfermidade (BELAND; PASSOS, 1979) e Hipócrates, na história da saúde, considerado como pai da medicina, por volta de 460

1 Segundo o Jornal brasileiro de Medicina (TUMORES, 2004), osteoma é um tumor benigno, composto de tecido ósseo, de rara frequência. Este tumor apresenta crescimento lento, permanecendo estável por anos. É normalmente assintomático, apesar de causar, na maioria das vezes, deformidade estética.

a.C, cita a palavra carcinoma em suas anotações, definindo-o como um tumor decorrente do desequilíbrio dos humores do organismo (PINOTTI; PAIVA,1988). Já no período do Renascimento, o médico Gabrielle Fallópio (1523-1562), descreveu o câncer como uma “inchação anormal e indolor” (TUMORES,1994).

Há registros históricos de que por volta de 1600 e nos séculos XVIII e início do XIX, os pacientes com câncer eram isolados em enfermarias e abandonados até a morte. A doença era considerada contagiosa, e ainda se atribuía a idéia de incurabilidade e terminalidade, o que, em certa medida, permaneceu ao longo do tempo e, muitas vezes, no imaginário popular. Mesmo na atualidade, o estigma do câncer denota uma junção de temor mediante as incertezas decorrentes da doença e falta de esclarecimentos quanto aos avanços terapêuticos, sendo ambos os aspectos construídos historicamente.

Sobre o surgimento do termo câncer, Sontag (1984, p. 16) pontua que:

[...] a mais antiga definição literal de câncer é um tumor, uma inchação ou uma protuberância; E o nome da doença vem do grego karkinos e do latim, câncer, ambos significando caranguejo. Foi inspirado, segundo Galeno, pela semelhança entre as veias intumescidas de um tumor externo e as pernas de um caranguejo, e não como muitos pensam, pelo fato de uma doença metastática que evolui de modo semelhante aos movimentos do caranguejo.

Assim, desde a sua nomenclatura pioneira que definia a doença, o câncer, pelo próprio nome, já associava em si a idéia de anormalidade e de eminente destruição, qualificando-se como uma doença sem qualquer perspectiva de recuperação, disseminando, em sua própria terminologia, uma visão sombria de anormalidade física externa, ao embasar-se metaforicamente na figura de um caranguejo. No entanto, esta associação à idéia de terminalidade e fatalidade da doença não resultava necessariamente em um aguçamento de estudos que objetivassem a compreensão dos aspectos da doença, uma vez que por muitos anos ela foi tida, predominantemente, como incurável e com danos irreparáveis à saúde do indivíduo afetado.

Conforme Sontag (1984) o câncer é uma doença cercada de muitos mitos e, por muito tempo, permaneceu de maneira intensa no ideário social como uma enfermidade resultante de uma firme repressão de sentimentos, concepção apresentada como causa da doença. Assim, o câncer era entendido como uma doença que acometia os indivíduos devido a uma suposta submissão emocional, um encolhimento bio-energético ou uma desistência de esperança, sendo entendido como uma sentença punitiva de atos deliberados por emoções e sentimentos

reprimidos. Ainda por muito tempo essa visão torpe e pseudopsicologizante da doença lhe atribuiu uma perspectiva punitiva em si mesma, em que o sujeito enfermo era entendido como culpado ou transgressor, fazendo com que o câncer fosse tido como uma doença vergonhosa.

Esta perspectiva do câncer como doença punitiva é evidenciada por Sontag (1984,p.75), da seguinte forma:

As noções punitivas da doença têm uma longa história e são particularmente atuantes em relação ao câncer. Existe uma “luta” ou “cruzada” contra o câncer. O câncer é a doença “assassina”. As pessoas que têm câncer são “vítimas do câncer”. Aparentemente, a doença é o réu, mas ao doente também cabe culpa. Teorias psicológicas da doença amplamente difundidas atribuem ao infeliz canceroso tanto a responsabilidade de ter caído enfermo quanto de curar-se. E as convenções segundo as quais o câncer é tratado, não como uma simples doença, mas como um inimigo satânico, fazem dele não só uma enfermidade letal mas também uma doença vergonhosa.

De maneira significativa, os estudos em torno da origem e das causalidades do câncer tiveram maior avanço a partir do século XIX, permitindo que aos poucos estas perspectivas punitivas de encarar a doença fossem dando espaço para explicações científicas embasadas em características bio-sociais sobre as causalidades da doença. Porém, os avanços nas formas de tratamento da doença iniciaram somente no século XX, com o surgimento e inserção de novas tecnologias no seu tratamento terapêutico, fazendo com que o câncer, antes considerado uma sentença de morte e uma doença incurável, passasse, aos poucos, a ser visualizado como uma doença curável ou, no mínimo, tratável (TUMORES, 1994).

Sobre os avanços no processo terapêutico ao combate e tratamento ao câncer, Silva (2000, p. 21), referenda que,

Até meados do século XIX, o câncer era um mal raramente diagnosticado. Quando confrontado, pouco se tinha a fazer, pois não se dispunha de qualquer tratamento para combatê-lo. Só eram oferecidas ao paciente medidas de apoio. O primeiro tratamento visando à sua cura foi a extirpação cirúrgica, que só tornou-se possível após a descoberta da anestesia geral, em fins do século XIX.

Apenas em torno de 1920, iniciou-se um segundo tipo de tratamento usado contra o câncer, o rádio (Ra), como forma de tratamento paliativo e com objetivo de controlar a doença, porém não privava o indivíduo acometido pela enfermidade, da condição e temor de morte iminente, sobretudo quando a cirurgia falhava. Na década de 1940, foi desenvolvida a primeira droga anticâncer. Dessa forma, com o advento da quimioterapia, o prognóstico de

vários tumores passaram a ser revistos, diante das novas possibilidades de tratamento (SILVA, 2000).

O aumento de estudos sobre o câncer resultou também em mudanças com relação a nomenclatura da doença, que também passou a ser diferenciada já no final da década de 1960, conforme Brasil (2008, p.33), quando,

Câncer vira C.A, doença crônico- degenerativa, neoplasia. A Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) registra a mudança do símbolo do caranguejo. Em lugar de apelo ao medo, pela referência ao aspecto do crescimento dos tumores, a campanha passa a ser de alerta. Cancerologista se torna oncologista.

Com uma mudança significativa na forma de nomear a doença, de acordo com Girond (2004), todo tumor maligno passa a ser denominado, mesmo que genericamente, de câncer. Assim a autora admite que tumor e neoplasia podem ser usados igualmente e ambos podem ser benignos ou malignos, dependendo de algumas características celulares.

Com o avanço dos estudos sobre as até então possíveis causalidades do câncer, a medicina passa a admitir que esta doença poderia se manifestar em qualquer indivíduo, apresentando potencial maior de acordo com algumas determinantes associadas ao seu estilo de vida e susceptibilidade genética. Assim, atualmente compreende-se que é a interação entre esta susceptibilidade e os fatores ou as condições de um modo de vida e do ambiente que passa a determinar o risco do adoecimento por câncer (BRASIL, 2006). Conclui-se ainda que os tumores malignos (cânceres), apesar da sua grande variedade (cerca de 200 tipos diferentes), apresentam um comportamento biológico muito semelhante, que consiste essencialmente em crescimento, invasão local, destruição dos órgãos vizinhos, disseminação regional e sistêmica. A diferença que os torna tão exclusivos, no entanto, está no tempo gasto nestas fases, uma vez que depende tanto do ritmo de crescimento tumoral como de fatores constitucionais do hospedeiro.

Numa abordagem mais bioconceitual da enfermidade Kowalski et. al (1998, p. 53) referendam que,

[...] o câncer ocorre quando alterações genéticas (mutações) interferem nos mecanismos normais de controle do crescimento celular. Essas mutações podem ser herdadas ou adquiridas somaticamente durante a vida do organismo, como resultado de processos endógenos ou da exposição a uma variedade de fatores ambientais, como certos compostos químicos ou radiações ionizantes ou aos vírus oncogênicos.

Para Servantes (2002, p.20),

o câncer é uma massa anormal de tecido cujo crescimento se mostra descoordenado, ultrapassando o crescimento normal do tecido e persistindo mesmo após a cessação do estímulo que o causou. O crescimento anormal se deve à multiplicação celular desregulada pela ausência dos mecanismos de inibição. Esta multiplicação celular é denominada de divisão celular autônoma.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil o câncer é tido como uma doença crônico-degenerativa (DCD), qualificando-se como uma doença que apresenta uma evolução prolongada e progressiva, exceto se for interrompida em alguma de suas fases (BRASIL, 1995). Considera-se ainda a extensão e a gravidade da neoplasia para indicar o “estádio”² da doença, onde, em termos genéricos, no estágio inicial, a pessoa tem apenas um pequeno tumor maligno e, no avançado, o tumor maior poderá já ter se espalhado para áreas próximas (linfonodos) ou para outras partes do corpo (metástases) (BRASIL, 2006).

Atualmente o câncer é considerado a segunda maior causa de morte na população brasileira, superado apenas por doenças cardiovasculares (do aparelho circulatório), mesmo assim apresenta indicadores de incidência crescente. Dados epidemiológicos atuais do Instituto Nacional do Câncer (INCA)³ permitem configurar o câncer no Brasil como um problema de Saúde Pública, apontando como determinantes sociais relacionados com o aumento do risco de desenvolvimento da doença, a urbanização e as mudanças de hábitos de vida (BRASIL, 1995).

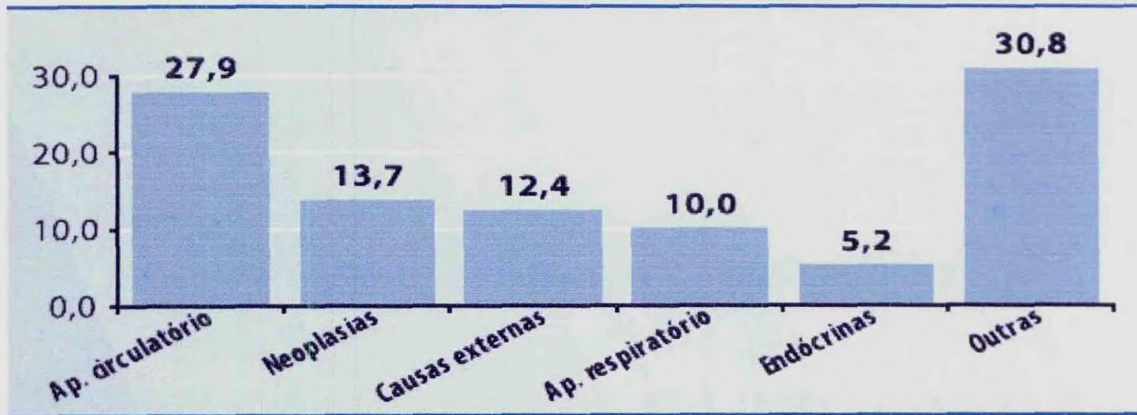
Esta tendência pode ser verificada com base nos registros das causalidades dos óbitos no Brasil no ano de 2004, onde a mortalidade por câncer já aparece como segunda maior causa de morte no Brasil, com 13,7% de todos os óbitos no país, sendo apenas superados pelas doenças do aparelho circulatório (cardiovasculares) cujo percentual chegou a 27,9% das causas de óbitos. As mortes por causas externas aparecem em seguida ao percentual de óbitos por câncer, com percentual de 12,4%, acompanhada logo em seguida pela taxa de óbitos

2 Desenvolvida pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) a classificação por estadiamento (indicada pelo termo “estádio”) é utilizado para descrever a extensão ou a gravidade do câncer. Normalmente o estágio da doença é determinado após exame para saber se o tumor invadiu tecidos próximos (metástases) e a que partes do corpo se espalhou ou não. Para determinar o prognóstico (ou seja, a chance de cura do câncer) os médicos consideram vários fatores, inclusive o tipo de neoplasia e o estágio da mesma. O estadiamento clínico representa, portanto, a linguagem de que o oncologista dispõe para definir condutas e trocar conhecimentos a partir dos dados do exame físico e de exames complementares pertinentes ao caso (BRASIL, 2006).

3 O Instituto Nacional do Câncer, desde 1995, lança anualmente uma estimativa de câncer no Brasil. Em 2008 as estimativas apontavam para um número de 466.730 novos casos de câncer em homens e mulheres em todo o território Nacional (BRASIL, 2007).

decorrentes de doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas.

Gráfico 1 : Porcentagem dos índices e causalidades dos óbitos no Brasil no ano de 2004.



FONTE: MS/ SUS/ DASIS/ CGIAE/ Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM – MS/ INCA/ Conprev.

A dimensão social do câncer, pode ter sua relevância comprovada quando analisados os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), que comprova que a estimativa foi de 200.000 novos casos de câncer diagnosticados, anualmente no Brasil, nos últimos anos. Diante da dimensão da doença no país e em todo o mundo, desde 1995, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima e publica anualmente a incidência de câncer para o Brasil levando em conta os tipos específicos e desagregando os dados por estados e capitais, como forma de traçar um estudo que permita configurar os aspectos sociais desta doença em relação aos espaços geográficos, com a finalidade de aprimorar estudos sobre as incidências e promover ações de controle e combate ao câncer de acordo com os quadros de incidências resultantes destes estudos.

Em escala mundial sabe-se que o câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo onde mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente com a doença. Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes. Dentre estas, os principais tipos de câncer com maior mortalidade registrada foram: de pulmão (1,3 milhão); de estômago (cerca de 1 milhão); de fígado (662 mil); de cólon (655 mil); e de mama (502 mil). Desse total de óbitos por câncer ocorridos em 2005, mais de 70% ocorreram em países de média ou baixa renda (BRASIL,2007). Segundo apresenta o INCA, das novas ocorrências de neoplasias malignas, o câncer de pulmão é o tipo mais comum de câncer no mundo.

Segundo a última estimativa mundial, ocorreram 1.200.000 casos novos no ano de 2000, sendo 52% em países desenvolvidos. O padrão da ocorrência desse tipo de câncer segundo a publicação é fortemente determinado pela grande incidência de exposição ao tabagismo (BRASIL, 2007).

Em nosso país, a estimativa de incidência de Câncer, de acordo com Brasil 2007, apresentou uma síntese para o ano de 2008 e 2009 no Brasil, assim como breves comentários sobre os tipos de câncer de maior magnitude, subdividindo-a em dois grupos, por tipos de câncer. De acordo com a publicação, o primeiro grupo de estimativa diz respeito aos cânceres passíveis de prevenção primária que exigem atenção para que seja fortalecido o tipo de prevenção e tratamento quando já verificada a ocorrência, e o outro grupo diz respeito aos passíveis de atenção secundária que exigem ações que visem principalmente a detecção precoce. No Brasil, as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, apontaram que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer, dos quais 231.860 casos novos, para o sexo masculino, e 234.870 para o sexo feminino. Destes, os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, são os cânceres de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e os cânceres de mama e de colo do útero, no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo (BRASIL, 2007).

Quadro 1: Estimativas para os anos 2008/2009, de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária no Brasil.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa de casos novos		
	Masculino	Feminino	Total
Próstata	49.530	-	49.530
Mama Feminina	-	49.400	49.400
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.810	9.460	27.270
Cólon e Reto	12.490	14.500	26.990
Estômago	14.080	7.720	21.800
Colo do Útero	-	18.680	18.680
Cavidade Oral	10.380	3.780	14.160
Esôfago	7.900	2.650	10.550
Leucemias	5.220	4.320	9.540
Pele Melanoma	2.950	2.970	5.920
Outras Localizações	55.610	62.270	117.880
Subtotal	175.970	175.750	351.720
Pele não Melanoma	55.890	59.120	115.010
Todas as Neoplasias	231.860	234.870	466.730

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Em 2020 a International Union Against Cancer (UICC), estima que haverá mais de 15 milhões de novos casos de câncer no mundo e pelo menos cerca de 12 milhões de óbitos como consequência de neoplasias malignas. A explicação para este crescimento é decorrente de uma soma de fatores sociais e biofísicos de exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos. Admite-se as causalidades decorrentes de fatores como: a redefinição dos padrões de vida, a partir da uniformização e precarização das condições de trabalho, nutrição e consumo desencadeada pelo processo global de industrialização, que passam a traçar significativas alterações demográficas tendo relação direta com o aumento da incidência de doenças crônico degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer (BRASIL, 2006).

Figura 1: Estimativa de incidência de câncer no Mundo em 2020.



Assim, a partir do momento em que o câncer passou a ser visualizado com um problema de saúde pública, as investigações no sentido de procurar apreender os aspectos da doença, incluindo o seu aspecto social, reconhecidamente oriundo da soma de várias causas internas e externas, contribuiu para que o tratamento dado ao câncer rompesse com a visão

exclusivista do aspecto biomédico indo além das paredes hospitalares, considerando-se a importância de determinantes internos como os fatores genéticos, predeterminados e a capacidade do organismo de se defender das agressões externas que, por sua vez, são fatores externos decorrentes da interação social direta dos sujeitos com o meio-ambiente, bem como seus hábitos e costumes próprios de um ambiente sociocultural (SERVANTES, 2002).

Essas causalidades, em torno das condições de vida e saúde, passam a considerar a forma pela qual o indivíduo está inserido no espaço de interação social e como ele se relaciona com esse meio, uma vez que essa interação tem expressiva importância no desencadeamento do processo patológico que, nesse contexto, define os riscos de adoecer e morrer, quando já alojada a doença. A compreensão do câncer como um problema de saúde pública passou também a ser defendida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ainda no início da discussão que colocava esta doença como um problema coletivo que exigia também uma intervenção estatal de forma organizada e estrutural (BRASIL, 2006).

Com o avanço dos estudos que analisavam os aspectos biológicos e também sociais do câncer, passou a ser possível afirmar que o aparecimento dessa doença está diretamente vinculado a uma multiplicidade de causas, suficientes para constituírem uma causa necessária. Dessa forma, em termos gerais, a epidemiologia do câncer demarca muito bem a forma como se deu o desenvolvimento das sociedades, uma vez que o movimento da historicidade desses agrupamentos sociais fundamentaram-se com aspectos sociais muito próprios decorrentes do processo de industrialização e de adesão a padrões de riscos, adotados principalmente após a expansão do capitalismo no mundo, que além de promover uma reestruturação produtiva⁴, ocasionou também uma reestruturação nos hábitos de vida dos trabalhadores.

Assim tornou-se possível perceber que os tipos de câncer antes característicos de países com maior nível socioeconômico, como os de pulmão, mama, intestino e próstata, foram se expandindo para as demais regiões, num reflexo da disseminação dos hábitos individuais de padrões ocidentais, fortemente determinados socialmente, decorrente principalmente da globalização econômica e produtiva, que resultou concomitantemente na globalização dos fatores de risco para câncer, redimensionado estilos e hábitos de vida em proporções globais (BRASIL, 2006).

Estes fatores de riscos que podem ser externos (ambientais) ou endógenos

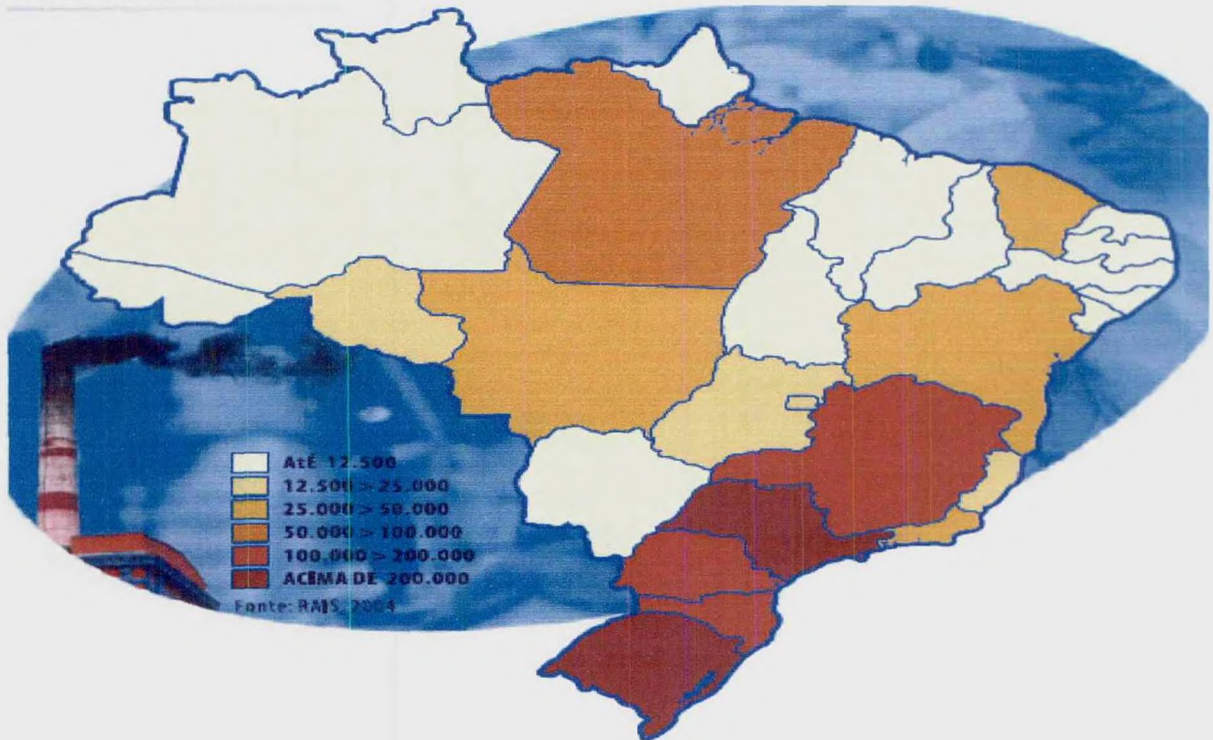
4 De acordo com Montali (2000) a reestruturação produtiva, intensificada no Brasil a partir da década de 90 do século passado, teve por principais consequências o aumento do desemprego, a precarização das relações de trabalho, mudanças na inserção dos diferentes componentes da família no mercado de trabalho e deterioração da renda familiar; além da crescente precarização das relações de trabalho, a deterioração da renda familiar decorrente do ajuste salarial que não segue proporcional aos aumentos do custo de vida, e a redução dos investimentos estatais em políticas sociais.

(hereditários) estão ambos inter-relacionados, uma vez que interagem entre si de várias formas para dar início às alterações celulares presentes na etiologia do câncer. Ao analisar sobre esses fatores, Servantes (2002), os subdivide em categorias de acordo com os fatores de sua natureza. Assim, o autor apresenta os fatores de natureza ambiental (externos) como os fatores determinantes e potenciais para o surgimento do câncer, subdividindo-os em fatores sócio-ocupacionais, socioculturais e de consumo. Embora haja a compreensão de que estes fatores aliam-se uns aos outros, tornando-se uma causa final, Servantes (2002) esclarece algumas especificidades de cada uma das subcategorias, apresentando os fatores sócio-ocupacionais como os decorrentes da relação direta do indivíduo com os instrumentos ou condição com que exerce atividade laborativa exposto a agentes cancerígenos presentes nos ambientes de trabalho, representando uma amostra de 2% a 4% dos casos de câncer no Brasil. Os tipos mais freqüentes de câncer relacionados ao trabalho são, entre outros, os de pulmão, pele, bexiga, leucemias. Alguns agentes associados a estes cânceres: amianto, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, arsênico, berílio, radiação ionizante, níquel, cromo e cloroéteres. E ainda atividades laborativas sob exposição solar, principalmente entre pescadores e agricultores, que aumentam o risco de câncer de pele entre estes trabalhadores (BRASIL, 2006).

No Brasil, embora os percentuais de câncer relacionados à exposição a agentes cancerígenos, nas atividades laborativas, fiquem em torno de 2% a 4% do total de casos desta doença, tem-se no País um elevado grau de exposição a estes agentes cancerígenos, sobretudo nas Indústrias de alumínio, couro, coqueiras, madeira fundição e borracha (BRASIL, 2006). Conforme figura a seguir (FIGURA 2) é possível identificar que os maiores níveis de exposição a estes fatores de risco, se concentram nos grandes centros urbanos do País, sobretudo nas regiões Sudeste e Sul, favorecendo para que o percentual de câncer associados a exposição de riscos em atividades laborativas, embora percentualmente pequeno, seja potencialmente preocupante, devido o alto grau de exposição dos trabalhadores a agentes cancerígenos.

FIGURA 2: Distribuição absoluta de trabalhadores expostos a agentes cancerígenos nas indústrias de alumínio, couro, coquearias, madeira, fundição, e borracha.

FONTE: RAIS, 2004.



A compreensão do câncer associada a fatores de natureza ocupacional surgiu com a primeira observação relatada pelo pesquisador Pott por volta de 1775, em Londres na Inglaterra, quando foram constatados uma alta frequência de câncer da bolsa escrotal nos limpadores de chaminés na cidade de Londres (SERVANTES, 2002). Com o avanço das Indústrias químicas em todo o mundo, o risco de câncer decorrente de fatores ocupacionais passou a aumentar na mesma medida em que surgiram setores de produção que colocaram centenas de trabalhadores em contato direto com substâncias cancerígenas, somando-se ainda os trabalhadores que se expõem a outros fatores de riscos ocupacionais como os trabalhadores que exercem atividades no meio ambiente livre expondo-se aos níveis de radiação ultravioleta (UV), radiação solar com aspecto cumulativo ao longo da vida.

Os fatores socioculturais, na concepção de Servantes (2002), compreendem as características do estilo e hábitos de vida dos indivíduos, entendidos como resultantes de uma construção sociocultural determinados por especificidades do modo de vida dos indivíduos.

Estes fatores, classificados como os de exposição voluntária aos fatores de risco (como o da radiação solar UV sem a devida proteção), hábitos sistemáticos como os hábitos alimentares e sexuais e estilos de vida como o sedentarismo e cuidados básicos de higiene e saúde. Por fim, o autor, apresenta os fatores de consumo de risco como o tabagismo, o alcoolismo e fatores decorrentes de alimentação mal equilibrada. A OMS afirmando a importância deste último fator apresentou uma estimativa de que até 2,7 milhões de vidas poderiam ser salvas anualmente no mundo se o consumo dos alimentos fosse adequado, através da adesão de hábitos alimentares que primasse pela segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2006).

Em 2001, pesquisadores da Harvard School of Public Health liderados por Goodarz Danaei estimaram, através de um estudo sobre as causalidades do câncer, que 35% das mortes por câncer no mundo poderiam ser atribuídas ao efeito combinado de nove fatores de risco, separados em cinco grupos: dieta e inatividade física, substâncias aditivas (uso de tabaco e álcool), saúde sexual e reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis), riscos ambientais (poluição do ar, combustíveis sólidos, tabagismo passivo) e contaminação venosa pelo vírus de hepatite B e C (BRASIL, 2006).

Ao considerar os aspectos sócio-históricos do câncer, nesse trabalho, procuramos abordar o câncer como uma demanda de saúde pública, permitindo e favorecendo, sobretudo, para o fortalecimento e crescimento de estudos que buscam compreender as relações dos fatores médicos, biológicos, epidemiológicos e sociais da doença, procurando desvendar quais as interações existentes entre a susceptibilidade genética e esses fatores resultantes do modo de vida e do ambiente, uma vez que o câncer é entendido como o resultado da exposição, ao longo da vida, a vários fatores de risco que tem o poder de potencializar um ao outro quando vivenciados de forma associada pelo indivíduo.

Por fim, é fato que a compreensão do câncer como doença curável ou pelo menos a visão que prevê a minimização dos danos causados pela doença é fruto de uma construção histórica cercada por conceitos que, com o tempo, passaram a se substituir na medida em que a compreensão da doença como uma construção sócio-histórica se fortaleceu, permitindo, assim, ser visualizada como tratável e não mais irrevogavelmente como uma sentença de morte. Se inicialmente os indivíduos com câncer eram vistos como “cancerosos” ou portadores de um mal sem cura destinada a morte num curto espaço de tempo, com o estudo das causalidades do câncer e de fatores externos socioambientais, passou-se a colocar o câncer como um problema de saúde pública, fortalecendo ações de prevenção, manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos diante desta enfermidade e, conseqüentemente, passou a voltar-se maior atenção para saber quem são estes sujeitos e quais as relações destes com os

fatores de causalidades que tem tão íntima relação com a doença.

2.2 A Pessoa com Câncer

O câncer, assim como a AIDS (Síndrome de Imuno Deficiência Humana Adquirida), é considerado a doença do século. A gravidade da doença apresenta-se, muitas vezes, atrelada a mitos e crenças que associam a doença a uma idéia de incurabilidade e morte iminente o que, sob um plano de tensão e temor, passa a envolver a pessoa com câncer, bem como seus familiares. A idéia de que a enfermidade apresenta também significados metafóricos está presente no pensamento de Sontag (1984), compartilhado por Helman (1994) e Minayo (1993), que considera a característica que as enfermidades têm de trazer consigo significações metafóricas, a medida em que carregam diversos significados subjetivos tais como de desordem, catástrofes, castigo, provação e, em última instância, significados relativos a fatalidade, como apresentado no item anterior. Um fato importante a ressaltar é que essa conotação de que o câncer é algo aterrorizador é, em parte, reforçada pelos meios de comunicação que, por vezes, apresentam uma visão estigmatizante da enfermidade além de omitir, desconhecer ou tratar com superficialidade sobre os avanços terapêuticos do tratamento.

Ainda de acordo com Donabedian (1988) o modelo de tradição social hegemônico em nossa sociedade capitalista, o judaico-cristã, ao propor que o indivíduo deve estabelecer uma preocupação moral e espiritual, a princípio mais individual do que coletiva, acaba por legitimar uma consciência social de que a problemática do câncer é, sobretudo, uma competência individual de enfrentamento pessoal, dificultando a propagação da perspectiva que entende que o aumento expressivo da doença é um problema coletivo e de saúde pública. Apesar de poder advir de causalidades individuais, é a concepção mais ampliada da doença que permite configurar que o aumento acelerado das incidências das doenças crônicas (como o câncer) é, em larga medida, resultante das novas configurações sociais decorrentes do modelo de produção capitalista.

Esta posição, comum do modelo de tradição judaico-cristã, foca a problemática do câncer mais no indivíduo do que nas estruturas do sistema econômico-social vigente, imprimindo maior consideração para as causalidades individuais, e fazendo com que no ideário social o estigma do câncer passe a caracterizar o indivíduo sempre com uma parcela de “culpa” ou abordando a doença como uma forma de punição.

Conforme Donabedian (1988,p.07),

Sin embargo, este argumento parece descansar em “motivos egoístas para no ser egoísta”. Por lo tanto, lo más acorde a la tradición judeo-cristiana, y tal vez lo más típico de la posición A (*de la responsabilidad personal*) de nuestro modelo, es el aceptar la legitimidade moral, e incluso el imperativo moral, de la conciencia social de la problemática del individuo y ejercerla dentro de ciertos límites para proteger el principio gemelo de la responsabilidad individual del bienestar propio.[...] La existencia de un elemento de castigo, que supuestamente cumple la función de rehabilitar, no há sido considerada ajena o imprópria del ejercicio de la caridade cristiana.

Esse ideário social fortalece ainda mais a presença de um estigma ao câncer, como apresentado por Jorge (apud Servantes, 2002, p. 35),

A sociedade ao estabelecer os meios para categorizar as pessoas, determina quais as que têm possibilidades de serem nela incluídas sem que para isso solicitem maiores atenções ou especial reflexão. [...] O termo estigma, refere-se, portanto mais aos atributos incongruentes com o estereótipo social e moral que ao sinal físico. Refere-se a uma linguagem de relações especiais entre o atributo que desacredita o indivíduo e a expectativa geral.

Segundo Cruz (2001) esse ideário é reforçado, principalmente, devido ao diagnóstico tardio da doença, o que limita as possibilidades de tratamento e cura da doença e provoca altos índices de mortalidade, sendo atualmente a segunda causa de morte, considerado um problema de saúde pública, associada ainda à má informação sobre o assunto.

Diante do diagnóstico, a doença (câncer) passa a ter inúmeros significados que tendem a ser resultado da forma como o indivíduo procura apreender os significados de adoecer. Estes signos, por sua vez, rompem muitas vezes o sentido biofísico da doença, resultantes da forma como a pessoa se coloca diante da situação, tendo interferências diretas de sua cultura, expectativas diante da enfermidade e relação com o meio social. Ressalvando o significado metafórico da doença, Bieleman (1997) apresenta que a metáfora é quando se atribui a pessoas ou a coisas uma qualidade subjetiva que não lhe é própria, transferindo-se um significado de um termo para outro baseado na semelhança de características que o emissor da mensagem encontra entre os dois termos comparados.

Conforme Sontag (1984, p.86), essa visão metafórica pode influenciar o ser humano, levando-o a assimilar uma visão de sofrimento a doença, podendo interferir em suas relações interpessoais uma vez que “a transformação da doença em inimigo leva inevitavelmente à

atribuição de culpa ao paciente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima.” É evidenciado que a própria palavra câncer é carregada de estigmas, quase sempre pronunciada de maneira cautelosa, ou sendo substituídas por outros vocábulos aparentemente menos “assombrosos.”

De acordo com Pinotti, Paiva (1988) e Oliveira (1994) a palavra “câncer” não é uma palavra dita “abertamente” tanto pelas pessoas acometidas pela doença quanto por seus familiares sendo, por vezes, substituídas por sinônimos inclusive na referência ao diagnóstico ou estágio em que se encontra. Schavezon et al (1978) reforçam essa posição, quando colocam que se trata de uma enfermidade de forte componente místico, tendo direta relação com uma conotação negativa, sempre aliada ao significado denotativo da palavra, fazendo com que as pessoas passem a evitar pronunciá-la ou quando fazem, sendo de forma retraída.

A pessoa com câncer diante do diagnóstico, normalmente esboça reações emocionais desencadeadas pelo sentimento de incerteza e temores diante da doença. Estas, uma vez desencadeadas, podem trazer diversas alterações de comportamento e na dinâmica social do indivíduo. Servantes (2002) expõem que os indivíduos quando diante do diagnóstico ou prognóstico do câncer tendem a reagir essencialmente de três formas diferentes, a que ele define os de comportamento ativo que, gerados pela inquietude da informação, procura de forma sempre ativa a manutenção e recuperação da saúde de forma protagonista; os de comportamento positivo passivo, que diante da situação reagem de forma positiva, no entanto, procura de forma passiva deixar a encargo de profissionais especializados os melhores rumos para a manutenção de sua saúde, deixando de se informar sobre as possíveis formas de enfrentamento da doença através de uma busca ativa e os de comportamento negativo, que tendem a visualizar o câncer como um castigo merecido, deixando de buscar alternativas para a manutenção ou recuperação da saúde. Estes últimos aliam a doença um significado metafórico fortemente associado à idéia de morte e perda sentencial.

De acordo com Kubler; Ross (1985 *apud* SILVA, 2000) grande parte dos indivíduos com câncer, sobretudo aqueles em estado avançado em que o quadro de saúde é encarado como terminal tende a passar por cinco fases específicas que se iniciam com a identificação da doença. A primeira destas é a fase da “negação”, onde segundo Kubler; Ross (1985 *apud* SILVA, 2000 p. 33),

[...] A negação – esta fase ocorre logo após a revelação da doença. [...] funciona como um pará-choque depois da notícia inesperada. A negação, no entanto, corresponde à fase de defesa temporária, sendo logo substituída pela aceitação parcial.

Esta fase tende a ser a mais estressante tanto para o indivíduo com câncer, quanto para a sua rede de apoio, uma vez que esta é a tomada de consciência da situação de câncer, exigindo um reordenamento por parte da rede de apoio que passa a ter fundamental importância para a absorção da informação, em detrimento à recusa e negação que podem afetar de forma ainda mais severa o indivíduo. É também nesta fase que os significados metafóricos da doença mostram-se mais presentes e intensos, dado o fato de que normalmente nesta fase, predomina a incerteza, inclusive o prognóstico.

Conforme Silva (2000) esta é também uma fase dinâmica, e que pode se apresentar a todo o momento, não ficando apenas como um evento isolado no momento do diagnóstico, mas podendo se suceder de acordo com a forma como o indivíduo e a rede de apoio estabelece o aceite e enfrentamento diante do câncer, sendo dessa forma de fundamental importância que seja considerado os aspectos sociais dos indivíduos e a relação de ajuda mútua existente entre estes com a finalidade de promover a autonomia dos sujeitos envolvidos, mesmo diante de uma situação por vezes conflituosa, como a do recebimento do diagnóstico de câncer.

Ainda de acordo com Kubler; Ross (1985 *apud* Silva, 2000), há a segunda fase que é a fase da “raiva”, momento em que o indivíduo com câncer passa a questionar-se, procurando um motivo ou razão plausível que possa explicar o motivo que o levou a ser acometido pela doença. Tal fase, costuma ser proporcional em relação a quantidade de informações ou falta destas, que o indivíduo tem com respeito ao câncer. A terceira fase (*ibidem*), é a fase da negociação, apreendida como uma fase em que os temores e significados metafóricos da doença são intensamente enfrentados. Conforme Kubler; Ross (1985 *apud* SILVA, 2000 p. 34),

Nesta fase, o paciente tenta superar o seu mal por meio de promessas e barganhas [...]. Promessas, orações e sacrifícios são oferecidos em troca de saúde. A barganha na realidade é apenas a tentativa de adiamento. Quando percebe que tais negociações também não produzem qualquer resultado, e que a doença caminha inexoravelmente para o seu desenlace, o paciente entra na quarta fase.

A quarta fase de segundo os autores Kubler; Ross (1985 *apud* Silva, 2000), é a fase da “interiorização” em que o indivíduo com câncer passa a ter maior consciência de sua situação e das novas necessidades expostas para que possa recuperar e promover a manutenção de sua saúde. A fase da “interiorização” precede a última fase, que é a de “aceitação”. Esta pode se dar de forma maléfica se for um aceite passional, em que o indivíduo absorve o diagnóstico

do câncer como uma sentença de morte, e benéfica se for considerada como um momento em que o indivíduo apreende a sua situação diante da doença, e é capaz de acessar os serviços voltados ao seu atendimento, de forma a promover a garantia de seus direitos e a diminuir os danos causados pela enfermidade, não apenas com uma visão fatalista reduzida em si, ou subjugado pelos temores associados ao câncer.

A negação do diagnóstico, seja de forma consciente ou inconsciente, por parte do usuário ou de sua família, é entendida como uma reação inicial muito comum, uma vez que o câncer tende a possuir uma associação com a morte ou com o sofrimento iminente (PINOTTI, PAIVA, 1988). O chamado “choque” diante do diagnóstico não é apenas subjetivo ou metafórico, uma vez que de forma real e dinâmica a família e mesmo a pessoa com câncer, passa a reorientar parte de sua dinâmica social em face ao tratamento, modificando inclusive a sua forma de vida, suas expectativas e os planos.

De acordo com Girondi (2004, p.14)

É difícil estar preparado para receber um diagnóstico de câncer. Nesse momento, mais do que nunca, o ser humano percebe que é mortal. É um momento em que crenças são colocadas em xeque, valores são revisados e a vida é revista com um olhar crítico. Além disso, lembranças de pessoas queridas ou conhecidas que tiveram a doença vêm à memória repetidas vezes. Muito comum também é a pessoa se sentir insegura, com medo, com raiva, com culpa, triste e questionar a existência de Deus.

As relações sociais passam a ter novas configurações diante do diagnóstico do câncer. Segundo Bieleman (1997) a doença grave na família faz romper as acomodações do seu cotidiano e abre-se uma janela para um horizonte indefinido diante da incerteza do prognóstico e associada ao ideário social de compreensão da doença, normalmente apreendida num contexto de receio por parte dos sujeitos envolvidos. Mesmo assim, surgem outras janelas oportunizando que estes mesmos sujeitos passem a visualizar novas formas de adaptações, muitas vezes, unindo-se para se sobrepôr a situação e manter seu controle, da melhor maneira possível, para que possa equilibrar-se dentro de uma situação de desequilíbrio.

Nesse contexto, a pessoa (e sua família) passa a enfrentar como um dos primeiros desafios, a necessidade de estar inserido em uma rede de proteção social que permita visualizar as novas demandas que a nova realidade impõe, capaz de compreender e abarcar as novas exigências físicas, psicológicas e sociais dos usuários diante da neoplasia maligna. Sobre a rede de proteção social aqui referida, Pereira (2000, p.16) compreende que esta é uma

rede composta por diferentes formas de “[...] asseguramento, serviços ou garantias [...] contra riscos, circunstâncias, perdas, danos [...], cujas ocorrências podem afetar ou afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos”.

No ideário social, o câncer traz em sua história o estigma da morte e isto está de alguma forma, ligado à crença das pessoas. Historicamente, ainda no início do século passado o indivíduo com câncer tinha o final inevitável: a morte. Hoje, mesmo com o avanço da medicina e com as possibilidades de cura existentes, a doença faz com que o homem lembre-se de sua finitude.

Câncer sempre foi palavra assustadora para todos, mesmo para os profissionais da área da saúde. Quando recebem este diagnóstico, muitos têm a reação de quem acabou de ser condenado à morte. Apesar das informações e dos grandes avanços terapêuticos obtidos na área, nos últimos anos, a primeira reação ainda é de desespero. (Revista Brasileira de Cancerologia, 1999, p.4)

Alguns desses temores que podem causar alterações nos comportamentos dos sujeitos envolvidos diante da situação de câncer, são apresentados por Servantes (2002). Entre estes, o autor cita o medo da separação da família, lar ou emprego que pode ser formalizada mediante a situação de necessidade de internação hospitalar ou mesmo pela necessidade de deslocamento do usuário com câncer para outra localidade em que haja um tratamento adequado às exigências de seu estado e do grau de enfermidade; o medo da perda do controle das faculdades físicas e mentais, resultado de um instinto natural inerente ao ser humano. O autor aponta que, o indivíduo acometido pela enfermidade passa também a temer pelo seu estado de consciência, pela preservação de seu estado psíquico e pela sua atuação física; o temor de ter que se tornar dependente dos outros ou de passar a ser um “estorvo”, gerado pelo sentimento de inutilidade; o medo da dor e da mutilação e, a esse respeito Casciato e Lowitz (apud SERVANTES, 2002, p.41) definem que,

A dor é um fenômeno subjetivo, único para cada indivíduo. A percepção e a exposição das sensações dolorosas estão condicionadas aos aspectos religiosos e culturais [...] à atitude de terceiros em relação aos pacientes, à aceitação social ou à inaceitação do estado doloroso, bem como ao ambiente físico.

E, por último, Servantes (2002) cita o medo da morte por si, da “morte indigna” e ainda da morte solitária. É inegável que, por mais distanciado que o indivíduo com câncer

esteja da aceitação de estigmas da doença, é quase inevitável que em algum momento, este se dê conta de sua finitude. A perda da saúde e da integridade física, resultante da doença, causa quase sempre um desconforto ao indivíduo, uma vez que este se vê diante de uma linha de tensão entre os estigmas e o medo da própria evolução patológica da doença e ainda pelos estigmas emanados pela sociedade. Em muitas situações em que o sujeito já apresenta um quadro clínico avançado e com uma sintomatologia diversa incluindo o desconforto, a insônia, a fadiga, a ansiedade, a introversão, o medo, o estreitamento das relações sociais, a tristeza, a rejeição de si mesmo, a abstinência sexual, o isolamento mental, social e familiar, faz com que o indivíduo encare a morte como a única forma eficaz de enfrentamento aos males da enfermidade.

Por fim, sabemos que o câncer não é uma doença exclusiva ou de privilégio de alguns ou mesmo de certas classes sociais. Conforme aponta Brasil (2006) e Servantes (2002), a doença atinge a qualquer indivíduo, independente de classe social, profissão, idade, raça, religião e sexo, sendo determinada, como anteriormente exposto, pela susceptibilidade genética e pelas exposições e adesão aos fatores de riscos. Assim diante dos temores que a doença infere aos indivíduos e as necessidades que estes passam a ter, de estarem inseridos em serviço de uma rede de proteção social que visualize e atenda suas demandas específicas, muitas vezes, a dinâmica da família do indivíduo com câncer passa a ser afetada, com vistas a recuperação da saúde de um de seus membros. Dessa forma, o câncer traz também um impacto coletivo, na família dos indivíduos, não sendo apenas um problema de saúde isolado do meio.

2.2.1 O Impacto do Câncer na Família

A realidade atual do câncer, em indicadores estatísticos somados ao estigma desta doença, muitas vezes, compromete as relações familiares, dificultando a fala sobre a enfermidade (diagnóstico e prognóstico), situação que se avoluma frente ao avanço da doença, uma vez que em nossa cultura ocidental, o câncer, como exemplo de doença grave, traz consigo o estigma da morte. Dessa forma, quando tal diagnóstico chega ao indivíduo, a primeira reação costuma ser o medo de que, além dele (a) não ficar curado, o câncer possa lhe trazer humilhação, deformação, sofrimento e dor.

Essa afirmativa encontra-se presente na análise de Silva (2000, p.42). Segundo a autora, diante do diagnóstico do câncer,

O paciente e a família têm de enfrentar várias perdas: a saúde, a dos papéis antes desempenhados pelo paciente, a da impossibilidade de realizar suas metas e objetivos na vida, a redução da renda e o real encurtamento do período de vida. A família, em particular, tem de enfrentar obstáculos que outras normalmente não enfrentam [...]. A ameaça de perda ou invalidez de um de seus membros acarreta exigências de conforto e apoio mútuo, além de criar angústia, impaciência e gerar despesas adicionais.

É evidente que ao se constatar a existência da doença, surge o sofrimento para os familiares, ou mesmo para aqueles que formam a rede de apoio da pessoa com câncer. Esta rede de apoio é compreendida como um agrupamento social composto por pessoas, que normalmente, possuem um estreito vínculo de convivência mútua e de confiança entre si, podendo possuir além de relações de convivência, também relações afetivas e de vizinhança que permite um vínculo maior de interação entre os sujeitos. Ao definir rede de apoio, Silva (2000, p. 67) expõe que, “[...] o (a) esposo (a), ou um dos pais (se o paciente for criança), é a figura de apoio mais importante. Mas pode ser, também, uma criança (se o paciente for idoso ou só) ou uma outra pessoa da família extensa.

Conforme Girondi (2004, p.15),

Quando alguém da família é afetado pelo câncer, o próprio estigma que a palavra câncer traz consigo é capaz de causar um grande choque entre seus membros. O medo, quanto ao desfecho da doença, é capaz de deixar a família sob um estresse ainda maior, confusa e, muitas vezes, inábil para lidar com essa nova situação. Os membros da família suportam uma grande carga, mas necessitam de apoio para lidarem com os seus sentimentos. O enfrentamento do câncer e o comportamento dos familiares resultam de significados simbólicos, cujas significações são apreendidas através da interação humana, que são dados à interpretação da situação, a qual é influenciada pela interação da família entre si e com a sociedade.

Este ideário que prevê a necessidade de proteção e apoio também a família do indivíduo afetado por câncer, é compartilhado por Northouse; Spain (1987, *apud* SILVA 2000, p. 17),

Quando ocorre um caso de câncer na família, não apenas o paciente, mas todos os integrantes dessa família precisam de proteção e apoio; caso contrário podem vir a apresentar outros problemas de saúde. A situação tornar-se-á mais complicada se o cônjuge ficar tão estressado a ponto de também cair doente.

Diante de uma situação de câncer, a família tende a modificar toda a sua rotina, com o intuito de evitar o desgaste ainda maior diante desta situação, passando a redefinir grande parte de suas prioridades e subsequentemente modificando o seu estilo de vida. Por vezes, essas mudanças promovem, além de novas formas de organizações intrafamiliares, também a redefinição de papéis ou responsabilidades aos membros da família, sobretudo, quando a doença afeta os provedores destas.

A necessidade de uma rede de apoio ou da presença da família, segundo Silva (2000, p. 67), é imprescindível, pois “[...] é improvável que um indivíduo isolado seja capaz de mobilizar uma rede social, assim que ele adoeça, caso não tenha estabelecido contatos previamente.” Considerando que os serviços voltados ao atendimento da pessoa com câncer é acessado mediante a situação de doença, normalmente os contatos com os serviços específicos apenas começam quando a doença já esta alojada, mesmo em fase inicial.

De acordo com Rowland (1990, *apud* SILVA, 2000) a família passa a exercer uma série de novas atribuições e demandas frente a situação de câncer, exigindo muitas vezes mais do que o reordenamento intrafamiliar, direcionando à rede de apoio (de forma geral à família) uma importante parcela no processo de aceitação da doença, seja por parte do usuário e da própria família. Esse processo de aceitação (*ibidem*) está relacionado a três determinantes fundamentais: o contexto sociocultural no qual o câncer ocorre, e como estes valores atingem a pessoa doente e sua família; o contexto médico, que diz respeito as características da doença, estágio desta e tratamento requerido e, por último, corresponde ao contexto psicológico no qual o câncer ocorre.

Ao tratar sobre a importância da rede de apoio e da família, diante de uma situação de câncer, é necessário citar que por muito tempo as informações sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, passaram distantes dos indivíduos acometidos pela doença e mesmo de suas famílias, como forma privá-los destas informações, os médicos acabavam por tencionar ainda mais os estigmas e temores diante desta enfermidade.

O movimento de socialização do diagnóstico dos indivíduos, que consequentemente contribuiu para maior atuação da rede de apoio e das famílias junto aos indivíduos com câncer, iniciou por volta de por volta do final dos anos de 1970, momento em que os profissionais da saúde, principalmente, os médicos oncologistas, passaram adotar a idéia de que era direito do paciente saber do seu diagnóstico. Ainda de acordo com Silva (1993), nos Estados Unidos da América, pelo menos até o início dos anos de 1950, a maioria dos médicos raramente ou nunca revelavam o diagnóstico do câncer aos indivíduos e às famílias.

De acordo com LeShan (1992) a revelação do diagnóstico de câncer é influenciada por

atitudes e por determinantes socioculturais como, por exemplo, os valores de crenças tendo, dessa forma, íntima relação com o contexto social no qual o indivíduo está inserido. Dessa forma ao se revelar o diagnóstico/prognóstico do câncer é de suma importância que se considere as determinantes socioculturais, as crenças e a recepção que o indivíduo tem diante desta ação, como forma de garantir que o usuário possa, de forma clara, compreender a sua condição diante da doença, procurando divorciar desta, possíveis significados metafóricos que possam de alguma forma dificultar a convivência deste na busca pela recuperação e manutenção de sua saúde.

Por outro lado, a privação do diagnóstico ou do prognóstico da doença pode acabar por distanciar ainda mais os profissionais de saúde da pessoa com câncer, e mesmo de sua família, fortalecendo e intensificando os mitos concernentes ao câncer e, conseqüentemente, na forma final como estes respondem às situações adversas decorrentes da doença, fracionando demandas individuais que muitas vezes tem um universo muito mais coletivo.

Assim para que estes temores decorrentes da situação de câncer não se tornem um evento em proporções tão intensas ao ponto de impedir ou dificultar a recuperação ou manutenção da saúde do indivíduo afetado e da própria família, que por vezes pode deter uma visão fatalista da doença, é necessário que os indivíduos envolvidos tenham acesso às informações sobre a forma de recuperação da saúde e saibam como a doença interage no corpo e como este reage. Essa idéia é defendida que Girondi (2002, p.15),

Assim distinguir a fantasia entre a doença e a realidade, bem como os tratamentos propostos, adquire grande importância, porque só assim será possível lidar com as emoções. Não obstante, não há uma maneira padrão para o enfrentamento desse processo, pois as reações desses pacientes, diante da enfermidade, diferem de acordo com as suas condições físicas, sociais, psicológicas e espirituais. Trata-se de uma questão pessoal, conquanto encontremos grupos de pessoas que expressem sentimentos semelhantes.

É fato que ao conceder que a família é de fundamental importância para o processo de enfrentamento ao câncer, não pode-se negar que, muitas perspectivas teóricas tendem a posicionar a importância da família como se esta fosse responsável direta pela garantia da assistência e pelo fornecimento dos serviços voltados a pessoa com câncer, impondo à família e à rede de apoio uma responsabilidade divorciada da compreensão ampliada que apreende o papel e função da rede de apoio, sem contudo atribuir a esta, responsabilidades e deveres do Estado, que é o real agente provedor.

Dessa forma, quando tratamos da família como imprescindível meio de apoio, nos remetemos às interrelações existentes entre os seus membros e o efeito mútuo que uns tens os outros, assim sendo, ao considerarmos que, o indivíduo com câncer reage com ações de enfrentamento à doença, nesse mesmo sentido, a família como rede de apoio também passa a buscar estratégias de enfrentamento diante do problema, podendo alterar posturas, comportamentos e atitudes como forma de adaptar-se às novas necessidades, considerando o caráter de ajuda mútua existente entre os membros da rede de apoio (SILVA, 2000).

Por fim, é importante ressaltar que na medida em que o câncer passou a ser compreendido como um “problema” de saúde pública exigiu que o Estado e a sociedade, de forma organizada, passasse a traçar uma Política de Atenção ao Câncer que foi a base da atual Política de Saúde Oncológica e orienta a disposição dos serviços voltados ao atendimento da pessoa com câncer, organizada de uma forma que atendesse a esse quadro determinado que surgia e como forma de responder as tensões sociais por parte da sociedade e do movimento dos sanitaristas, a partir do posicionamento do Estado diante desta demanda. Assim, tem-se registro no Brasil da formação da Política de atenção ao câncer no início do século XX.

2.3 Condicionantes Históricas da Política de Atenção ao Câncer, no Brasil

No Brasil, tem-se registro de que as primeiras iniciativas para o controle do câncer ocorreram nas duas primeiras décadas do século XX. No entanto, essas iniciativas eram orientadas quase que exclusivamente para o diagnóstico e tratamento da doença. Muito embora já houvesse políticas de saúde melhor estruturadas, de acordo com o padrão da época, voltadas para o controle de endemias. Pouca ênfase era dada à prevenção do câncer, em consequência da escassez de conhecimento sobre as causalidades dessa doença.

No entanto, no cenário mundial, já nessas primeiras décadas do século XX, o câncer começava a despontar nos países desenvolvidos entre as doenças de maior taxa de mortalidade. Com o fim da Primeira Guerra Mundial, em 1918, maior atenção foi dada a essa enfermidade, culminando com a criação da Liga Franco-Anglo-Americana, nesse mesmo ano, com o objetivo de promover iniciativas que visassem o estudo e ações de combate ao câncer, além de procurar ampliar a conscientização da opinião pública sobre o problema do câncer e favorecer a criação de centros de pesquisa e tratamento da doença nos países membros (BRASIL, 2007).

De acordo com Teixeira (2007), o surgimento da Liga Franco-Anglo-Americana, impulsionou a luta social contra o câncer, congregando nesse movimento além dos médicos, também financistas, comerciantes e industriais. Somado a essa equipe de trabalho a Liga, especialmente na França, voltou-se para a criação de dispensários e para a formação de enfermeiras visitadoras, que passaram a exercer suas atividades juntamente com grupos filantrópicos de senhoras visitadoras que foram surgindo, voltando maior atenção aos chamados doentes incuráveis e para a elaboração de estudos epidemiológicos sobre o câncer. Nos anos posteriores, a Liga Franco-Anglo-Americana, inspiraria a criação de Institutos voltados ao combate e prevenção do câncer no Brasil, bem como em outros diversos países.

Diante da realidade que despontava na Europa e nos Estados Unidos com o crescimento acelerado de incidências de neoplasias malignas, o governo Epiácio Pessoa, passou a formatar propostas para uma política anticâncer na legislação sanitária brasileira (BARRETO, 2005). Estas propostas impulsionaram o Decreto nº 14.354, proposto por Carlos Chagas, que incluía uma rubrica específica para o câncer nos impressos de óbito distribuídos em inspetorias, delegacias de saúde e farmácias, assim como a notificação compulsória, no intuito da produção de medidas sanitárias eficientes, tornando-se um referencial de avanço em termos de legislação no século XX. Mesmo de forma ainda muito tímida, no governo de Rodrigues Alves, o médico Azevedo Sodré publicou o primeiro estudo sobre a frequência do câncer no País, apresentado no II Congresso Médico Latino Americano, realizado em 1904 em Buenos Aires, na Argentina (BRASIL, 2007).

Nesse mesmo período, o câncer e muitas outras doenças e epidemias já acometiam grande parte dos indivíduos no Rio de Janeiro. Dessa forma, o governo passou a tomar medidas no sentido de evitar que estas se propagassem ainda mais e passou a assumir um plano de assistência à saúde através de diversas medidas, com destaque para a criação de serviços públicos, a vigilância sanitária e o controle mais eficaz sobre os portos (BARRETO, 2005). Ainda na linha das medidas que procuravam a evolução sanitária brasileira com base na reforma de Carlos Chagas, os Serviços de Saúde Pública foram reorganizados e, para tal, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, visando a ampliação do campo de ação assistencial, abrangendo a saúde infantil, industrial e ocupacional. A regulamentação desse diploma legal, no entanto, sofreu substituição e modificações até a publicação do Decreto em 1923, que vigorou como Regulamento Sanitário Federal, por muitos anos, a partir de 1923 este Órgão passou então a nomenclatura Departamento Nacional de Saúde (DNS) (MARINHO, 2006)

No Brasil, foi inaugurado oficialmente em 07 de setembro de 1922, em Belo

Horizonte, o Instituto de Radium criado pela iniciativa privada com sustentação e apoio orçamentário do governo Arthur Bernardes, sendo o primeiro do país destinado exclusivamente aos usuários com câncer (neoplasias malignas), apresentou o início e a adesão de novas tecnologias no combate às neoplasias, como eletrocirurgia, Raios-X e Radium, impulsionando as políticas de profilaxia do câncer no Brasil e os investimentos nessa área que, mesmo crescendo de forma tímida, foram acontecendo gradualmente trazendo a possibilidade de recuperação e restabelecimento à saúde, mediante a situação de câncer, avanços até aquele momento, sem precedentes.

Ainda em 1922, com base nos índices de incidências de neoplasias no Rio de Janeiro o então obstetra Fernando Magalhães apresentou o primeiro plano anticâncer brasileiro no Primeiro Congresso Nacional dos Práticos, em setembro de 1922, durante as comemorações pelo Centenário da Independência. Os índices de incidências que serviram como base para o obstetra, eram um tanto precários, colhidos nas Casas de Misericórdia. No entanto, foi com base nesses índices de incidências que Magalhães, de forma pioneira, pudesse traçar o primeiro estudo de causalidades da relação entre a neoplasia e determinados fatores de risco no Brasil, a partir de sua constatação que resultou no estudo da relação direta de operários com câncer e substâncias como alcatrão, resinas, parafinas, anilinas (BRASIL, 2006). A partir desse estudo, o Brasil passou a incorporar a definição de câncer como “mal universal”, e passou a tê-lo como desafio a ser enfrentado pela agenda republicana, passando a colocar em cena a necessidade de conhecer as determinantes sociais do próprio país, tornando o câncer um problema de saúde pública que exigia uma ação estatal, rompendo a barreira médica, que até o momento dominava exclusivamente o enfrentamento e estudos sobre as neoplasias.

Segundo Marinho (2006) ainda por volta da década de 20 do século passado, no cenário brasileiro, pesquisadores como Eduardo Rabello, Mario Kroeff e Sérgio Barros de Azevedo, passaram a ter grande influência nos estudos sobre as causalidades do câncer e a realidade social expressa, ao passo que passaram expor a idéia de que o câncer deveria ser entendido como um processo sanitário gerenciado pelo Estado. No entanto, apenas no início da década de 30, no Governo Provisório, surgiram os primeiros investimentos efetivamente direcionados na construção de um aparato hospitalar para tratamento e estudo do câncer. Ainda na década de 30, mais precisamente no ano de 1937, o então presidente da República Getúlio Vargas assinou o decreto-lei nº 378 criando o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, visto como o embrião do Instituto Nacional de Câncer, que seria inaugurado no ano seguinte pelo próprio Getúlio Vargas e Mario Kroeff, já no período do Estado Novo.

Na década de 40, o projeto anticâncer ganha mais força ampliando sua atuação em todo o território Nacional a partir de 23 de setembro de 1941, com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), que uma vez instituído passou a organizar, orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país, como previa o Decreto-Lei nº 3.643. Assim, o Serviço Nacional marca uma tendência importante que começa a surgir na política de saúde, no sentido de gerir uma cobertura em âmbito nacional, através da coordenação das ações em estados e municípios, além do incentivo à criação de organizações privadas que se estenderiam, com o passar dos anos, a todo o território, constituindo uma rede, ainda que não se adotasse este conceito (BRASIL, 2006).

A década de 40 foi marcada pela expansão dos Serviços de Saúde voltados às pessoas com neoplasias, embora nesta mesma década tenha ocorrido fatos históricos marcantes como o despejo do Serviço Nacional do Câncer de sua sede em 1946. Neste mesmo período houve uma expansão dos movimentos sociais, como assinala Barreto (2005, p.269),

De 1942 a 1946, diversos movimentos sociais originaram a Liga Bahiana Contra o Câncer e a Associação Paulista de Combate ao Câncer, que organizaram e desenvolveram atividades de grande relevância para a assistência aos portadores de neoplasias. Em 1947, a Liga Paranaense Contra o Câncer teve papel de destaque nesse processo e, junto a outras campanhas, também obteve recursos financeiros. Posteriormente, a Associação Paulista de Combate ao Câncer investiu considerável montante na construção, em São Paulo, do Instituto Central, inaugurado em 1953, atual Hospital "Antonio Cândido Camargo".

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desvincilha o conceito de saúde como o estado em que há ausência de doença e passa a adotar um conceito mais amplo do que o anterior, passando a definir saúde como o completo bem-estar físico, social e mental. Em meados da década de 50, procurando fortalecer a concepção de saúde em sua abordagem mais ampliada, o Sistema Nacional do Câncer, baseando-se nesse conceito mais ampliado, passa a considerar estrategicamente e permanentemente na epidemiologia do câncer às condições ambientais, a extensão territorial e os contrastes do país (BRASIL, 2006).

Adentrando o período desenvolvimentista, no cenário do país, em termos de política de saúde, tem-se tenuemente um esforço simultâneo de uma relação mais harmoniosa entre investimentos em saúde e desenvolvimento econômico, dado o crescimento da indústria químico-farmacêutica e modificações de grande relevância na política de saúde, em especial, as do câncer, em consequência da complexidade do seu diagnóstico e tratamento, que passa a contar com novas tecnologias e ter uma abrangência de observação de incidências cada vez

maior no território nacional. Ainda conforme Brasil (2007, p.85),

Embora o segundo governo Vargas (1951-1954) tenha limitado sua ação em saúde pública à continuidade das atividades e arranjos institucionais forjados no Estado Novo, o período que se estende até o golpe de Estado em 1964 encerra importantes acontecimentos no campo da saúde pública com consequências para a política de controle do câncer.

Entre os acontecimentos importantes na década de 50, destaca-se a criação do Ministério da Saúde, em 1953, resultado de um grande processo de mobilização por parte dos sanitaristas, na época. No entanto, a verba repassada para esse Ministério no momento de sua criação não atingiu a expectativa esperada pelos sanitaristas, tampouco significou em um grande avanço em termos de investimentos em programas e ações voltados a saúde pública uma vez que os recursos destinados foram de apenas um terço dos recursos na época alocados no antigo Ministério da Educação e Saúde Pública (BRASIL, 2007).

No entanto, o período que sucedeu não foi marcado apenas pelo sucesso terapêutico e por avanços na compreensão de saúde pública conforme aponta BRASIL (2006, p. 31),

Apesar dos avanços, o fim dos anos 60 veria renascerem os conceitos da medicina liberal, que entendia o câncer como problema individual. O Plano Nacional de Saúde, formulado pelo ministro Leonel Miranda, transferiria o INCA, braço executivo do SNC, para o Ministério da Educação. Essa nova dinâmica deixava à iniciativa privada um rentável campo de incursão médico-cirúrgica.

A reorientação da política de saúde, a partir da década de 1960, resultou na redução ainda mais drástica no orçamento do Ministério da Saúde, resultando em mudanças estruturais e funcionais dos serviços existentes. Em contrapartida a essa redução de investimentos no Ministério da Saúde, as instituições de Medicina Assistencial passaram a ter grande influência na conjuntura de Política de Câncer no Brasil, resultando ainda na perda de prestígio político e de empobrecimento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Concomitante ao retrocesso desse período, alguns movimentos políticos procuraram alçar em favor do reordenamento dos avanços até então alcançados, objetivando manter e fortalecer o conceito de saúde pública como um dever do Estado, somados aos fatores políticos como o golpe militar em 1964 e a promulgação do Ato Constitucional nº 5 que culminou com o fechamento do Congresso Nacional por quase um ano, o que acabou por favorecer a instalação e o crescimento das empresas privadas na área da saúde, sem o devido

controle por parte das autoridades governamentais militares no poder, que passaram a lutar muito mais pela “ordem” pública do que pelo bem estar público, fato que contribuiu para a ocorrência de irregularidades na rede privada, cujos hospitais e clínicas recebiam financiamento da Previdência Social e mantinham ênfase na medicina curativa, resultando, em 1970, na decadência do INCA e na extinção do SNC, transformado pelo Decreto nº 66.623 em Divisão Nacional de Câncer, de caráter técnico-normativo, administrada de Brasília e vinculada à Secretaria de Assistência Médica. (BRASIL, 2006).

Com a crescente mobilização dos movimentos sociais em torno de um novo reordenamento no cenário político do País, em 1980, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) ganha maior impulso, mesmo diante de um período de recessão política e social, colaborando para que fosse implementado a co-gestão do INCA pelo Ministério da Saúde e pelo Inanps ⁵, passando a engajar entidades de combate ao câncer em favor da ampliação das funções do INCA, ampliando também a estrutura organizacional do Instituto, tornando-a mais complexa.

Nesse contexto, o INCA, principal referência na área de saúde oncológica no Brasil, fortaleceu a sua atuação diante do cenário de saúde pública, sobretudo com a criação do Serviço de Oncologia Clínica e com a estruturação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) que embora tivesse sido criada em 1967 (Decreto 61.968, 22 de dezembro de 1967, assinado pelo presidente militar Arthur da Costa e Silva) somente se estruturou efetivamente em 1980 adicionado mais recursos humanos, conforme Brasil (2008, p.3),

Foi nesse contexto que se criou o Serviço de Oncologia Clínica do INCA, constituído pelo núcleo pioneiro de profissionais da instituição, reforçado por vários outros especialistas contratados pela Campanha. Muitos deles já estavam profundamente engajados no projeto da reforma sanitária, que se concretizaria anos mais tarde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a Constituição Federal de 1988 houve uma mudança significativa na estrutura sanitária brasileira, muito embora o sistema de saúde estivesse rígido em seu caráter pouco público, a Carta Magna volta a caracterizar serviços e ações de saúde como de relevância pública e tendo seu referencial político básico, o princípio da integralidade e da universalidade através do "acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua

5 Segundo Brasil (2008), desde 1967, quando o Instituto Nacional da Previdência Social unificou os órgãos previdenciários existentes (IAP's), o INPS acumulava também a função de assistência médica. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência Social e em 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inanps)

promoção, proteção e recuperação" conforme exposto no artigo 196 da carta magna. A integralidade que entendia o ser como um todo, passando a considerar suas necessidades físicas, sociais e emocionais e a universalidade da cobertura e do atendimento em todo o território Nacional.

A Constituição Federal de 1988, ao institucionalizar o "Estado democrático de direitos", possibilitou que nesse cenário, a população passasse a ter maiores mecanismos de controle social, bem como uma gama de dispositivos Institucionais de direitos com vistas a garantir a proteção social dos indivíduos no Brasil. Desta forma a Constituição Federal de 1988, alvo de muitos desmontes em termos de garantias sociais devido o movimento de conjuntura do Neoliberalismo instalado no Brasil, é na verdade o ápice de todo um processo histórico de luta no Brasil, por parte da sociedade civil em detrimento às forças do mercado e á minimização das funções do Estado, que culminando com a Constituição Federal de 1988, Carta Magna de nossa República, não teve com isto efetivamente as garantias expressas consolidadas.

3 A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL E A ACESSIBILIDADE AO ATENDIMENTO DA PESSOA COM CÂNCER

“[...] Sozinho no escuro
qual bicho-do-mato,
sem teogonia,
sem parede nua
para se encostar,
sem cavalo preto
que fuja a galope,
você marcha, José !
José, pra onde ? ”

Carlos Drummond de Andrade

Nesta terceira seção abordaremos os aspectos da rede de proteção social e a acessibilidade da pessoa com câncer, inicialmente apresentando uma contextualização sobre a proteção social no Brasil, subdividindo-a por lapsos em tempo, de forma a organizar as configurações do Estado próprias de cada período. Posteriormente, apresentamos a saúde, como aspecto de proteção social e a atual configuração da Política de Saúde Oncológica, no Brasil, seguida da apresentação dos serviços da rede de proteção social voltada à pessoa com câncer e finalizando esta seção com uma abordagem sobre a acessibilidade aos serviços desta rede de proteção social, de forma a desvelar esta categoria, essencial para a análise da pesquisa realizada.

3.1 Proteção Social no contexto brasileiro e o adoecimento

Em termos gerais, a gênese do capitalismo foi marcada, sobretudo, pela concentração do capital e pela existência de uma classe trabalhadora livre, porém sem propriedade. Com o seu desenvolvimento, o modo de produção capitalista passou a se caracterizar principalmente pela produção de mercadorias e pela mais valia, ou seja, pela produção de mais valor acrescentado ao valor real do produto. Assim, desde os séculos XVII e XVIII, esta relação generalizou-se até firmar-se como modelo econômico predominante em escala global.

Dessa forma, Engels (1987) ao refletir sobre o modelo econômico vigente, entende que a sociedade capitalista é o produto da tomada de consciência, por um lado, das oposições

de classes existentes na sociedade moderna entre possuidores e não-possuidores, assalariados e burgueses e, de outro lado, da anarquia que reina na produção. Assim, ao passo em que as relações entre a classe trabalhadora e os detentores dos meios de produção, se desenvolveram nesse sistema, passaram a transformar a livre concorrência em concorrência oligopolista/monopolista com o surgimento de cartéis que vão marcaram o final do século XIX e início do século XX, caracterizando esse sistema dual (em sua estrutura) onde se tem a classe capitalista que produz a mais valia e, de outro lado, o proletariado que se apropria dessa mais valia ao se submeter à ordem dominante, resultando na concentração e centralização do capital em nível mundial de forma cíclica (MENEZES, 2008).

A transformação, sobretudo, na forma de concorrência, ocorreu com a crise entre os anos de 1873 a 1896. De acordo com Lenine (1976, *apud* MENEZES, 2008, p.56),

O que caracterizava o antigo capitalismo, em que reinava a livre concorrência, era a exportação de mercadorias. O que caracteriza o capitalismo atual, em que reinam os monopólios, é a exportação de capitais. O capitalismo é a produção mercantil em seu mais alto grau de desenvolvimento, em que a força de trabalho se torna mercadoria. [...] O desenvolvimento desigual e por saltos das diferentes empresas, das diferentes indústrias e dos diferentes países é inevitável em regime capitalista.

Nesse contexto, a fase imperialista em que predominam os monopólios é entendida como sendo geradora de desigualdades cada vez maiores em termos sociais, econômicos e mesmo políticos tendo em vista que o estabelecimento dos grandes monopólios reflete também a agenda política mundial e nos interesses da classe dominante que passaram a lutar fortemente em favor da manutenção de um sistema excludente desde a sua gênese, interceptando muitas das conquistas adquiridas ao longo das lutas nos processos de trabalhos, da classe trabalhadora.

Nessa perspectiva, necessidades sociais como as das áreas de saúde, educação, habitação e lazer passaram, assim como a formação econômico-social capitalista, a ser distribuídos desigualmente na complexa estratificação deste modo de produção, que persistiu em si, na tomada e restrição dos avanços sociais, passando não apenas a caracterizar um Estado meritocrático como também um Estado negligente e deficiente não só em termos de políticas sociais, mas também em termos de atenção básica, essencial a manutenção da vida em comunidade.

Para Anderson (1998) o sistema capitalista não é um modelo neutro que possa ser

apropriado por qualquer classe social, possuindo um caráter de dominação de classe, subjugando as classes de trabalhadores através de dominação ideológica e econômico-social do qual o sistema capitalista se utiliza para permanecer como modelo hegemônico de dominação, sendo essa entendida com sinônimo de exploração. Assim, o Estado passa a ser entendido, nessa lógica da acumulação capitalista, como possuidor de um papel fundamental na produção de contra-tendências para combater a queda da taxa de lucro através de mediações reguladoras, e não efetivamente com ações de provimentos capazes de minorar eficazmente as mazelas decorrentes desse sistema, intensificando ainda mais o quadro de vulnerabilidade social presente na sociedade.

Por vulnerabilidade social, Cárceres (2000, p.10-11) entende que esta é:

[...] a relativa desproteção na qual se pode encontrar um grupo de pessoas (por exemplo, migrantes, pessoas pobres, grupos de jovens, mulheres, as minorias sexuais, as pessoas com menor nível educativo e outros grupos que vivem à margem do sistema) frente a potenciais danos de saúde e ameaças à satisfação de suas necessidades básicas e seus direitos humanos, em razão de menores recursos econômicos, sociais e legais.

Evidentemente que numa compreensão da realidade em sua totalidade, discordamos de Cárceres (2000), quando este cita como vulneráveis os grupos de pessoas com relativa desproteção, “às margens da sociedade”, pois entendemos que nenhum indivíduo está ou fica às margens da sociedade, como se esse não fizesse parte ou não fosse atingido pelas singularidades do sistema. Dessa forma, nossa compreensão é a de que estes sujeitos quando vulneráveis, ao contrário de ficar as margens, estão inseridos nesta sociedade, porém de forma subalterna, caracterizando grupos de pessoas que integrando essa sociedade não tem garantidos, sequer, os suprimentos das necessidades sociais mais inerentes e essenciais para o desenvolvimento humano com dignidade, ou potencialmente tem seu suprimento posto em xeque devido a ferocidade do sistema excludente que domina e explora a sociedade, sob a lógica do lucro.

Assim, entendemos que a situação de vulnerabilidade não se resume apenas nas situações em que os indicadores de desproteção já estão instalados na vida dos sujeitos, mas também, quando a proteção voltada aos indivíduos encontra-se fragilmente organizada, ou apresentam arestas capazes de reordenar de forma maléfica a finalidade a que se destina, se colocando como um potencial a ser danificado pelas deturpações inerentes ao sistema econômico vigente.

Em termos históricos, mais precisamente nos períodos entre 1920 a 1970, o capital

produtivo se desenvolveu e passou a comandar as relações socioeconômicas por meio do processo de trabalho denominado de modelo fordista. Nesse período, pode-se observar tanto extração da mais-valia (trabalho não pago) por meio, tanto da exploração dos trabalhadores das economias hegemônicas, quanto destas em relação às periféricas (VIANNA, 2007). Assim, nesse período, os trabalhadores sofreram além da exploração em termos da extensão da jornada de trabalho (mais-valia absoluta), acrescida do aumento da produtividade, como também da intensidade das atividades laborativas (mais-valia relativa).

A partir dos anos 70 o sistema de produção Fordista passou a apresentar suas fragilidades, sobretudo, devido a estagnação da relação consumo-produção já iminente, somado ainda ao crescente processo de modernização e mecanização do sistema produtivo que passou a gerar um extenso exército de reserva de trabalhadores. Assim, metamorfoseando-se ainda com vistas ao lucro, a economia passou a ser liderada pelo capital fictício, mais volátil que a modalidade anterior, contudo, muito mais lucrativo quando direcionada sob a lógica do lucro.

Com a dominação hegemônica do sistema de produção capitalista, a sociedade dividida em classes, passou a conviver com uma gama de patologias, determinadas principalmente pelas desigualdades sócio-econômicas, intensificando expressões da questão social aqui compreendidas com as formas como a questão social se apresenta ou se significa na realidade social, como a acentuada situação de miséria nos grandes centros urbanos, e mesmo nas localidades rurais, além da exploração subumana da classe trabalhadora que gera determinantes sociais como a vulnerabilidade social. Assim, as ações de saúde que antes se reduziam a iniciativas que visavam minorar as dores quando a patologia já estava afetando o indivíduo, passaram a ter uma outra singularidade com o crescimento e avanço do sistema capitalista.

Nessa perspectiva, de acordo com Rezende (1998. p.69), a saúde passa a significar:

[...] a manutenção da população sadia e produtiva, a reparação rápida do dano a fim de diminuir a inatividade, para recolocar o homem em condições de trabalho [...]. As práticas de saúde absorvem a ideologia dominante e estavam dirigidas no sentido da manutenção/elevação da força de trabalho. O exercício dessas práticas, com esse objetivo, por outro lado, legitimava a hegemonia de classe e as relações de dominação.

Um contraponto importante é que, ao passo em que se aceleraram esses processos de modernização na escala de produção e de consumo, intensificaram-se também as enfermidades decorrentes desse processo de produção, originando as chamadas doenças

ocupacionais, tais como as complicações respiratórias, devido as condições e ambientes fabris e aumento significativo de situações de câncer, decorrente da exposição de trabalhadores a agentes cancerígenos potenciais (NOGUEIRA, 2002). Assim, como forma de continuar efetivando a manutenção desse sistema, no Brasil, há registro dos primeiros direitos reguladores, na esfera da assistência médica individual, iniciada com a medicina previdenciária, através da intermediação do Estado.

Dessa forma, têm-se registro no Brasil, das primeiras ações planejadas no âmbito da proteção social. É fato, que este sistema de proteção social brasileiro, desde a sua gênese, não se desenvolveu da mesma forma que nos países europeus, pois estes foram em, sua grande parte, marcados pela existência de um Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*), onde o Estado como provedor e regulador fundamental, era capaz de propiciar fontes de poder e direitos aos assalariados e também intervir com ações de proteção social voltadas aos indivíduos que não podiam exercer atividades laborativas. Esta presença do Estado como agente regulador era, sobretudo, decorrente das coalizões alternativas de classe, que se caracterizavam como um importante viés de participação social a favor da regulação social.

Discorrendo sobre as atribuições do Estado, de acordo com o modelo de Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*), Medeiros (1999, p. 8) aponta que,

Como provedor de serviços sociais e regulador do mercado, o Estado atuou em múltiplos domínios sociais. Os governos desenvolveram programas de formação de mão de obra, políticas para a família, planos habitacionais, redes de auxílio pecuniários, sistema de saúde, assistência social, etc. Tentaram regular a força de trabalho misturando incentivos e impedimentos à participação no mercado de trabalho.

Este modelo de Estado de Bem Estar Social, presente na Europa, perdurou até a década de 1970, quando diante da grande crise econômica, a inflação e a estagnação do consumo, somatizaram e impulsionaram uma crise estrutural no sistema de Seguridade Social instituído, dissolvendo a conotação de proteção social inerente a este modelo, sobretudo diante de um grande quadro de desemprego que se seguia (PEREIRA, 2000).

No Brasil, país caracterizado por nunca ter tido um modelo de Estado que atuasse como regulador social de forma plena, o modelo de proteção social é marcado historicamente pelo coronelismo, paternalismo e clientelismo, onde grande parte dos direitos sociais foram, e são, atribuídos com caráter de benesse.

De acordo com Draibe (apud GOLDANI, 2004, p.218)

“O modelo de Estado de Bem Estar existente no Brasil seria do tipo meritocrático pluralista ou conservador corporativo [...]. Esse modelo reconhece que os indivíduos devem ser capazes de resolver suas próprias necessidades, baseados no seu trabalho e na sua produtividade”.

Considerando a inexistência de um Estado de Bem Estar Social no Brasil, Faleiros (1999, p.157), expõe que,

Na periferia do capitalismo, o Estado de bem-estar nem sequer foi inaugurado ou não se estruturou adequadamente, e é na solidariedade familiar, nas redes primárias ou no trabalho informal que os indivíduos se apóiam para garantir o mínimo para viver, no que se convencionou chamar de estratégias de sobrevivência, que têm como base o trabalho precário, instável, sujo, difícil, usando muitas vezes como matéria-prima as migalhas e os detritos da sociedade de consumo, como o lixo das ruas e dos entulhos.

Nessa perspectiva, as políticas sociais atuam de forma parcial, apenas com o intuito de corrigir o “processo alocativo do mercado” e das instituições públicas, associando ao emprego o acesso a benefícios, de forma fragmentada, polarizada e plena (GOLDANI, 2004).; Ao contrário de um Estado de Bem Estar Social, no Brasil tem-se registro, um Estado residual, mínimo para o social, e subjugado à lógica do Neoliberalismo. Dessa forma segundo Novelo (2002, p.67) este Estado orientado segundo a lógica neoliberal, “ é o Estado Mínimo , normativo e administrador que não interfira no funcionamento do mercado, já que a sua intervenção além de deformar os mercados de fatores, produtos e ativos, geraria espirais filantrópicas [...] “. “

Como forma de sistematizar a singularidade de cada período da experiência da proteção (ou desproteção) social brasileira, subdividimos em períodos compostos por lapsos de tempos, considerando o cenário político no país, com vistas a identificar especificidades de cada período, onde subdividimos entre os períodos: de 1920 a 1964, período pré-populista até o período desenvolvimentista; de 1964 a 1985, que compreende o período de Ditadura Militar até o período pré democrático; e o período de transição para a Democracia liberal, a partir do ano de 1986 culminado com a institucionalização de nossa Constituição Federal de 1988.

3.1.1 Período de 1920 a 1964 (do período pré populista ao período populista/desenvolvimentista)

A década de 1920 é marcada pelo surgimento da medicina previdenciária, na esfera da assistência médica individual, corroborada pela intermediação direta do Estado neste sistema. A primeira categoria profissional contemplada pelo novo sistema foi a dos ferroviários. Posteriormente, outras foram favorecidas, como a dos portuários, dos marítimos, dos servidores públicos, dos operários de mineradoras e dos transportadores de cargas.

Este sistema criado e regulamentado em 1923, pelo Decreto nº 4.682, que ficou conhecido como "Lei Eloy Chaves", foi o das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), pautado com referência no modelo securitário alemão, tinha como objetivo principal a prestação de assistência médica e o fornecimento de medicamentos e preços especiais, além de aposentadorias e pensões aos usuários segurados (NOGUEIRA, 2002).

Já a década de 1930 marcou o início do período populista (que vigorou até 1950) e também a consolidação da medicina previdenciária, destinada aos grupos organizados de trabalhadores urbanos, quando o Conselho Nacional de Saúde (CNS) com a finalidade de prestar assessoria ao Ministério da Educação e Saúde sugeriu a incorporação das estruturas das CAPs aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), consolidando tal incorporação.

De acordo com Nogueira (2002, p.146)

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões, com o tempo, tornaram-se estruturas poderosas, com o forte poder econômico e capacidade de dominação política, sempre monitorados e conduzidos pelo governo central. A expansão industrial acelerada gerou um contingente de trabalhadores com suas famílias, que pressionavam por assistência médico-hospitalar. A pressão ocorria também por parte do empresariado, que exigia um trabalhador com plena capacidade produtiva.

Este período marcado por uma das primeiras crises do sistema capitalista foi caracterizado, principalmente, pelas intensas lutas das classes trabalhadoras, reprimidos entre a prática de um Estado que se apresentava como interventor, contudo não eficaz em termos de consolidação de Seguridade Social, e práticas assistenciais que passaram cada vez mais a assumir espaço nas Instituições públicas (HADDAD, 2000).

Essa tensão entre ações de um Estado restritivo e práticas assistenciais sem real consolidação de avanços em termos de direitos sociais, estendeu-se até o Golpe Militar em 1964, caracterizando um longo período em que as ações do Estado eram tímidas frente a questão de saúde pública sendo os programas e serviços de atenção a saúde fortemente impregnado de práticas clientelistas, resultantes de ações de cunho paternalistas e populistas, focando e procurando atender aos interesses do modelo econômico vigente, o Estado se

posicionava a favor do capital, mesmo quando agindo na antilógica, parecesse atuar em favor da classe trabalhadora. Conforme Nogueira (2002, p.145) “[...] a política da época garantia as condições de higiene e saúde da força de trabalho às espessas da produção, e impunha a docilidade, em troca da segurança futura, ao trabalhador que ingressa no mercado.”

Embora não houvesse uma ampliação realmente universal dos direitos e acesso a saúde, o início dos anos de 1960 apresentou, na esfera de Saúde Pública, um sistema mais descentralizado, translocando maior autonomia para os Estados e Municípios. Com uma conjuntura em que a política de saúde tornasse mais bem segmentada. Embora com suas limitações, o setor público procurava responder aos mínimos com ações de cunho compensatório, ainda que de forma suplementar (CAMILO,1990).

Nesta década de 1960, foi criado o Departamento de Serviço Social, decorrente da aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, sendo dessa forma instituído como central dentro do atendimento técnico da assistência médica previdenciária, tornando-se uma das importantes áreas de atuação para o Serviço Social, neste período.

Neste cenário, o Serviço Social definiu em 1961, no II Congresso Brasileiro de Serviço Social, algumas de suas atuações com vistas à proteção social, sobretudo na política de saúde, considerando a sua atuação dentro da assistência médica previdenciária, quando de acordo com Bravo (1996, p. 91) define em alguns grupos de discussões “como objeto de ação profissional relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centrando-se nas múltiplas implicações desses fatores, que impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença”.

Um outro marco importante foi a III Conferência Nacional de Saúde em 1963, que trouxe em cena a proposta da implantação da municipalização da assistência à saúde no Brasil. No entanto, a reação das forças sociais conservadoras culminou com o golpe militar em 1964, modificando o cenário político e interrompendo parte do debate exposto até então.

3.1.2 Período de 1964 a 1985 (do Regime Militar ao período Pré Democrático)

Instalado o Regime Militar no Brasil, o cenário político é marcado pelo retrocesso no avanço da assistência a saúde no país, uma vez que o Estado tornou a centralização das ações uma ação obrigatória, afetando diretamente o modelo de saúde pública e de medicina previdenciária, originada e iniciada no período anterior. Segundo Haddad (2000, p.27), o golpe militar resultou, sobretudo, na

[...] inexorável presença do Estado na questão social. As práticas assistenciais passaram a estar voltadas não apenas para equacionar a correlação de forças em confronto na sociedade civil, tendo por objetivo a consolidação da hegemonia das classes que se apossaram do poder do Estado, como também – e principalmente, vale destacar – ao processo de acumulação capitalista em curso, transformando-se inclusive em investimentos de capital.

Este período de Ditadura Militar foi marcado por um período em que as relações intergovernamentais no Brasil ficaram mais próximas às formas que caracterizam um Estado unitário do que daquelas que caracterizam as federações. Com efeito, governadores e prefeitos das capitais e de cerca de 150 cidades de médio e grande porte foram destituídos de base própria de autonomia política, sendo então selecionados novos representantes, formalmente por eleições indiretas e mediante indicação da cúpula militar, sendo a autoridade política não derivada do voto popular (ARRETCHE, 1999)

Ainda de acordo com Arretche (1999) por menos democrático que o modelo da ditadura militar instituída nesse período atuasse, foi nesse período em que se instituiu o Sistema Brasileiro de Proteção Social, até então um conjunto disperso, fragmentado, com reduzidos índices de cobertura e fragilmente financiado por iniciativas governamentais na área social. Foi nesse período em que se formulou as principais características institucionais deste Sistema: sua centralização financeira e administrativa, assim

As políticas federais de habitação e de saneamento básico eram formuladas, financiadas e avaliadas por uma agência federal e executadas por uma série de agências locais dela dependentes. Os diversos programas de assistência social eram formulados e financiados por organismos federais e implementados por meio de outra série de agências públicas e organizações semi-autônomas privadas. (ARRETCHE, 1999, p.08)

Este período foi marcado principalmente pela concessão de direitos reguladores, uma vez que o regime de política militar buscava inserir interesses privados nos aparelhos da política estatal, regulava o surgimento de tensões sociais concedendo direitos reguladores, tendo em vista que o aumento da urbanização da expansão industrial propiciou que os trabalhadores passassem a pressionar o Estado para a ampliação dos serviços da saúde. Procurando estabilizar o quadro de tensão política iminente, o Governo ampliou a cobertura previdenciária para os trabalhadores rurais através do FUNRURAL, ampliando também a assistência médica.

Houve também, um reordenamento das funções do Serviço Social na esfera pública, que neste mesmo período, passou por profundas modificações internas, refletidas no cotidiano dos assistentes sociais, impondo principalmente novas exigências decorrentes da reorganização dos setores, do crescimento do clamor público que se seguiu, e da própria realidade social em questão. No ano de 1966, com a estruturação do INPS, o Serviço Social passou para o nível de coordenadoria, ampliando a sua atuação, ao mesmo tempo em que se ampliava o complexo previdenciário de assistência médica, culminando com a criação da Secretaria do Bem Estar, com o objetivo de promover atividades assistenciais de caráter educativo, com vistas à garantia social dos beneficiários (BRAVO, 1996).

Ainda neste cenário, em 1967, o Serviço Social, foi regulamentado nos órgãos de assistência médica previdenciária, consolidando-se como um dos importantes campos de atuação de assistentes sociais junto à esfera pública. De acordo com Bravo (1996, p. 90), as ações do Serviço Social, neste período, eram “individuais, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para a viabilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho”.

Na década de 1970, o Serviço Social, passou a ser caracterizado como uma das atividades fins do INPS, consolidado pela aprovação do Plano Básico de Ação do Serviço Social, em 07 de fevereiro de 1972, que delimitou a programação do serviço social na política de saúde. Bravo (1996, p. 92) ressalta que foram apresentadas como ações específicas do Serviço Social,

[...] recuperação dos segmentos incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; no sistema de proteção e recuperação da saúde incidindo sobre os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico.

No cenário econômico, o chamado “milagre econômico,” caracterizado pelo crescimento na taxa de produtividade acabou por favorecer apenas os trabalhadores especializados, não trazendo grandes lucros para a grande classe trabalhadora, culminou consequentemente com o crescimento das demandas por consultas médicas devido as péssimas condições de trabalho e saúde da população. Para conter tal crescimento, o Estado passou a construir e reformar vários hospitais e clínicas privadas, com o financiamento da Previdência Social, facilitando o crescimento empresarial na área de serviços médicos que

passaram a atuar na lógica da obtenção do lucro, afastando as ações de atenção a saúde da classe trabalhadora e acabou por gerar uma insatisfação cada vez mais crescente durante o período da ditadura militar (MARTINS, 2004).

De acordo com Cartaxo (1992, p. 69) no Estado autoritário,

A política é subordinada à economia. Configura-se um modelo de política econômica concretizado no crescimento da base produtiva por meio de uma estrutura tributária regressiva – política salarial negativa para as classes subalternas e ausência de um maior financiamento para o setor social.

Como já iminente no período da ditadura militar, uma crise mundial, principalmente no mercado de trabalho, devido a estagnação do consumo e, conseqüentemente da produção, além do surgimento de novas tecnologias que expunham cada vez mais trabalhadores a mercê do movimento do mercado, da aceleração inflacionária e desequilíbrio financeiro, pôs fim ao chamado momento do milagre econômico e passou a exigir do governo Federal medidas que reduzissem o clamor popular e ao mesmo tempo revertesse a situação de desgaste político. A resistência dos trabalhadores explorados e demais indivíduos da sociedade alçaram cada vez mais contrapartidas ao sistema excludente na ordem societária, superando o cerco imposto pelas medidas de censura. A classe trabalhadora insistiu nas manifestações de descontentamento que perduraram, culminando com o processo de redemocratização, já nos anos de 1980.

Na década de 80, as políticas sociais passaram a estar no debate na sociedade de uma forma geral. Nesse período, o movimento sanitário⁶ fortaleceu ainda mais sua atuação, sobretudo, no início dessa década, quando aconteceu o I Simpósio Nacional de Política Social. Esse movimento apresentou e discutiu a sua proposta de um sistema de saúde unificado em todo o território nacional (NETO, 1994). Essa proposta propunha essencialmente a universalização do direito à saúde e a reorganização da forma como este seria ofertado. Assim, nessa perspectiva, a saúde seria gerida por um sistema único de natureza pública, de forma descentralizada e democrática e que, acima de tudo, integrasse ações curativas e preventivas em termos de saúde pública e de atenção básica.

Com a crescente adesão aos movimentos dos sanitaristas e com as conseqüências da

6 Movimento Sanitário, ou movimento dos sanitaristas, refere-se a um movimento voltado a atenção a Saúde, que teve como líderes médicos e demais profissionais da saúde com vistas a lutar pelo estabelecimento de um sistema de saúde gerido através de um financiamento público federal, que oportunizasse o acesso universal e pudesse oportunizar enfaticamente medidas de prevenção e medidas curativas através de ações programadas sobre o ambiente e sobre a coletividade, promovidas através de ações que fossem além das práticas médicas (MARTINS, 2004)

crise enfrentada pelo Regime Militar na década de 70, que agravou ainda mais as expressões da questão social como o aumento do desemprego, que acabou por culminar com o crescimento da miséria e com o aumento da pobreza, o governo então passou a implementar estratégias na tentativa de responder a estas situações, promovendo maiores intervenções sociais, através dos Planos de Emergência, com o objetivo de combater e minimizar tais expressões da questão social.

Para que efetivamente fossem contidas as manifestações populares de descontentamento e conseqüentemente para a contenção também das expressões da questão social, o Estado passou a reformular o Sistema Brasileiro de Proteção Social, na área da previdência social, saúde, habitação e educação, através de políticas que visavam a descentralização, bem como a integração destes serviços da rede de proteção social em parceria com a esfera privada, sob o lema da valorização da cidadania, e através da abertura para a participação popular por meio da efetivação de mecanismos de controle social que passaram a ser institucionalizados para o controle das políticas públicas, acionando como nunca, no Brasil, o crescimento das políticas públicas estatais.

Citando as políticas sociais do Estado, Faleiros (1987, p.55) expõe que:

As políticas sociais do Estado não são instrumentos de um bem-estar abstrato, não são medidas boas em si mesmas, como soem apresentá-las os representantes das classes dominantes e os tecnocratas estatais. Não são, também, medidas más em si mesmas, como alguns apologistas de esquerda soem em dizer, afirmando que as políticas sociais são instrumentos de manipulação, e de pura escamoteação da realidade da exploração da classe operária

Sabemos, no entanto, que as políticas sociais estão diretamente relacionadas com as necessidades do capital, uma vez que é necessária a força de trabalho para que o sistema hegemônico possa se locomover. Já para Offe, o Estado tem um papel decisivo na passagem da proletarização passiva para a proletarização ativa através do estabelecimento das políticas sociais, quando formula,

A política social não é mera 'reação' do Estado aos 'problemas' da classe operária, mas contribui de forma indispensável para a constituição dessa classe. A função mais importante da política social consiste em regulamentar o processo de proletarização. Não podemos conceber, em outras palavras, o processo de proletarização como um processo de massas, contínuo e relativamente sem regressões, sem pensar ao mesmo tempo a função constitutiva da política social do Estado (OFFE, 1994, p. 22);

Assim, nessa visão, as políticas educacionais, previdenciárias, habitacionais, dentre outras, teriam o papel de preparar, mobilizar e beneficiar os indivíduos proletarizados. No entanto, Offe parece não contemplar alguns aspectos relevantes como a possibilidade de que o exercício da pressão social promovida pela classe trabalhadora e demais grupos sociais, bem como o apoio de outros setores sociais, podem fazer o Estado investir em políticas sociais para além do único objetivo de reposição da força de trabalho. Isso é provado em nossa própria história quando em determinados momentos históricos a classe trabalhadora já foi capaz de ameaçar a governabilidade ou abrir a possibilidade de uma transformação do conjunto das relações sociais e, neste caso, tanto o Estado capitalista quanto a classe burguesa tiveram que realizar concessões para não colocar em risco seus interesses fundamentais.

Este pensamento está presente na afirmativa de Raicheles (1998, p.28), quando a autora apresenta que a década de 80 foi marcada por,

[...] lutas pela democratização da sociedade brasileira, protagonizadas por amplos movimentos sociais [...] expressões da tentativa de construir esferas públicas, quando a luta pela conquista e pela extensão de direitos associou-se à construção democrática do Estado e da Sociedade.

Assim este período foi marcado pelo crescimento da pobreza e muitas outras expressões da questão social, como a precarização dos direitos sociais, crescimento do desemprego, favelização nos centros urbanos, etc - em contraponto ao clamor popular que passou a ter mais consistência no fim da década de 1970, quando os movimentos sociais voltaram-se para uma frente de mobilização intensa em favor do estabelecimento da democracia e de reivindicações institucionais, culminando com a promulgação da Constituinte de 1988, fruto de um intenso processo de lutas, e que teoricamente trouxe uma série de avanços na esfera social.

3.1.3 Período de transição para a democracia liberal, iniciado em 1986.

No Brasil o fim da década de 1980 foi marcado por um intenso processo de lutas sociais em favor do estabelecimento de um Estado democrático e de direitos, que passasse a garantir constitucionalmente um conjunto integrado de ações de forma a estabelecer um sistema de proteção social pública, na perspectiva da “cidadania” de forma a organizar um sistema de seguridade social amplo e universal (PEREIRA, 2000).

Assim, a partir deste ideário, os princípios e diretrizes da nova ordem e concepção para o setor saúde no Brasil, foram construídos relativamente com a participação da sociedade como consequência do processo de redemocratização do Estado Brasileiro e, no caso específico da saúde, essencialmente com o movimento da Reforma Sanitária, tendo grande como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que passou a definir o eixo que entende Saúde como direito onde,

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (NOGUEIRA, 1995, p. 118-119).

Nesse período, mais precisamente no ano de 1984, foi criado um grupo de trabalho pelo secretário de medicina social do INAMPS, que propôs diretrizes gerais para estruturar fundamentalmente o Serviço Social na Instituição, já tendo como pressuposto uma tendência a compreender a saúde com uma abordagem mais abrangente com relevância sobre as expressões da realidade social. De acordo com Bravo (1996, p. 114) este documento enfatizou,

[...] a necessidade de intensificar as ações preventivas no setor público, [...] caracterizou a ação profissional nas relações sociais buscando o atendimento dos interesses e necessidades da população previdenciária através da efetivação e ampliação dos direitos de cidadania. Algumas estratégias são consideradas fundamentais: prioridade às ações coletivas; criação de mecanismos de participação da população previdenciária; atuação numa perspectiva de globalidade, baseada na análise da realidade social e seu contexto histórico; articulação com diversos segmentos institucionais, dirigentes e dirigidos, tendo em vista a reformulação da política de saúde.

Com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte em 1987, o Movimento Sanitário passou a se aliar a frente parlamentar ligada a área da saúde, conseguindo assim a aprovação do texto constitucional em que,

A promulgação da Constituição de outubro de 1988 representou, pelo menos no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sócio-políticas que se processavam e exigiam respostas públicas à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. (RAICHELIS, 1998, p.19-20).

A Constituição Federal de 1988, consagrou-se principalmente pela institucionalização de direitos trabalhistas como a redução da jornada de trabalho de 48 horas para 44 horas, bem como a ampliação para 50% no valor da remuneração das horas extras, férias anuais remuneradas acrescidas de 1/3 sobre o valor do salário, ampliação para 120 dias do período da licença à gestante (licença maternidade), licença paternidade de cinco dias, direito de greve e autonomia sindicais, além de outros (RAICHELIS, 1998). Na política de educação, a Constituição de 1988, reafirmou o princípio da universalização do ensino básico e a gratuidade à rede de ensino público em todos os níveis.

Fundamentalmente a Constituição Federal de 1988 pautou-se em um sistema de Seguridade Social que compreende as políticas sociais de: Saúde, Assistência Social e Previdência Social, traçando um importante campo de atuação do Serviço Social, sobretudo junto da esfera pública. Sobre este conjunto de políticas Draibe (*apud*, PEREIRA, 2000, p. 155) coloca que,

Concebendo essas três políticas como um conjunto integrado de proteção social pública, na perspectiva da cidadania, a Constituição introduziu, de fato, tanto do ponto de vista conceitual quanto do arranjo institucional, inovações na experiência brasileira de bem-estar. Assim, além de considerar tais políticas como mecanismos imprescindíveis de concretização de direitos conceberam um novo modo de financiamento da área, apoiado em fundo e orçamentos únicos, e redefiniu benefícios e formas de organização pautadas pelo princípio da universalização.

Também com a Constituinte, a assistência social passou, de modo inédito, a receber o *status* formal de política pública adquirindo um estatuto de maioria jurídica no âmbito das políticas públicas de proteção social no Brasil. Na esfera da saúde, a Constituição Federal a promulgou como um direito de todos e dever do Estado (conforme artigo 196), prevendo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Essa participação dos movimentos sociais passou a prever a participação da sociedade como um todo na elaboração de políticas de saúde e controle de sua execução.

Sobre o Sistema de Seguridade Social brasileiro instituído à partir da Constituição Federal de 1988, Couto (2004, p. 159) apresenta que,

É possível afirmar que a política de seguridade social proposta tem como concepção um sistema de proteção integral do cidadão, protegendo-o quando no exercício da sua vida laboral, na falta dela, na velhice e nos diferentes imprevistos que a vida lhe prestar, tendo para a cobertura ações contributivas para com a política previdenciária e ações não contributivas para com a

política de saúde e de assistência social.

No entanto, embora consideremos os avanços em termos de texto Constitucional de 1988, uma maior avaliação do contexto em que se estabeleceu o modelo de Seguridade Social no Brasil com a Constituinte, indica que muitos dos direitos expressos estão apenas inseridos e institucionalizados de forma virtual, sem a efetiva consolidação destes na esfera social, seja em parte decorrente da dissolução de uma cultura de participação civil nas lutas de engajamentos em favor dos direitos sociais, como em partes pelo crescente desmonte Estatal, sobretudo com o fortalecimento e consolidação do sistema neoliberal nas bases de sustentação da política no Brasil. Conforme pontua Sposatti (1997, p.10),

Cada vez mais constatamos, no Brasil, a condição de uma sociedade virtual quanto a aplicação dos direitos constitucionais. Fala-se, escreve-se, mas não se cumpre. Não dispomos popularmente de um “*lato* sentimento constitucional”. A distância histórica entre o proposto e o posto, somada à omissão da cobrança da responsabilidade pública, leva a cultura do descrédito no disposto legal. O formal se distancia do senso comum, como mundos desconexos.

Dessa forma, embora tenhamos garantias em lei, em termos de Seguridade Social, o Estado configura suas ações ainda com a mesma lógica de propor concessões sob a égide reguladora, através das chamadas políticas sociais compensatórias, destinadas a minorar os efeitos nocivos de certas políticas econômicas, apresentando efetivamente, mais uma gama de programas sociais com o objetivo de atenuar as mazelas produzidas pelas políticas econômicas impostas em nossa sociedade, do que a pela consolidação dos avanços e direitos expostos em nossa Constituição (Silva, 1997).

Portanto, no Brasil além da inexistência de um Estado de Bem Estar Social, modelo Welfare State ⁷, sequer foi ou está configurado um modelo de Estado garantidor do que já esta exposto (e teoricamente) garantido por lei. Sobre o modelo de Estado Social no Brasil, Sposatti (1997,p.11) salienta que na prática,

O modelo de Estado social no Brasil foi centrado no trabalho e dividiu trabalhadores formais, a quem reconheceu como cidadãos, dos demais brasileiros com inserção informal. A estes couberam apenas ações pontuais,

7 De acordo com Mishra (apud Sposatti, 1997) o modelo Welfare State se compõe do pleno emprego, e de uma série de serviços universais para satisfazer as necessidades básicas dos cidadãos, bem como a adoção de padrões de proteção e de vida direcionados a grupos de baixos rendimentos e aos grupos mais vulneráveis. Supõe, na prática, o estabelecimento de uma rede de segurança social com a existência de: salário mínimo, suplemento de rendimentos, criação de postos de trabalho, educação, formação profissional, etc. Buscando o estabelecimento e a construção da equidade.

fundadas no assistencialismo e no populismo, marcadas principalmente pela presença das “primeiras-damas”. No Brasil, o modelo de Estado Social combinou o caráter ocupacional dos cidadãos com o caráter assistencial meritocrático de distribuição de acessos.

Assim, desde a década de 1990, o Estado Brasileiro tem se configurado pela consolidação da política neoliberal, bem como pela cristalização de oligarquias, pelo acentuamento do elitismo e do apartamento social, e ainda por modelos de atuações exclusivamente reguladoras e focalizadas nos grupos vulneráveis de forma residual e meritocrática. Na política de saúde, esse desmonte é ainda maior, dado o crescente movimento de fragmentação das políticas sociais, mercantilização dos serviços de saúde e transferência da responsabilidade de manutenção e organização dessa política para a sociedade civil, principalmente, para os movimentos sociais organizados.

De acordo com Matos (2000, p. 65), esta tensão causada pela consolidação do neoliberalismo corroborou em dois projetos políticos básicos dentro da política de saúde, conferindo diferentes perspectivas de atuação para o Serviço Social neste setor, a saber,

O projeto privatista [...] requisitando ao assistente social: seleção sócio-econômica dos usuários, com vistas à exclusão e não à inclusão; atuação psicossocial através de aconselhamento; ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde; assistencialismo, através da ideologia do favor; predomínio de práticas individuais, atividades burocráticas e gerenciamento das unidades na direção da redução dos gastos; inovações gerenciais articuladas às técnicas de auto ajuda, que objetivam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos.

Por outro lado Matos (2000, p. 65) apresenta a outra perspectiva, fundamentada no projeto da Reforma Sanitária que,

[...] vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: construção de um novo modelo de gestão; articulação ensino – pesquisa – assistência; busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

Considerando esta realidade no país, em que o projeto privatista neoliberal tem avançado em contraposição aos direitos sociais que estão sendo cada vez mais cerceados e inclusive procurando orientar as ações do Serviço Social sob a lógica deste modelo

excludente, identificamos que o cenário político e social do Brasil apresentasse em dissonância com a concepção original de seguridade social exposta na Constituição Federal de 1988, uma vez que estas políticas para serem efetivadas deveriam contar com um Estado que pudesse garantir, sobretudo, um conjunto de coberturas e certezas sociais de forma que todo e qualquer cidadão pudesse sanar suas necessidades, através de suprimentos advindos de ações que visassem a totalidade e a integralidade dos indivíduos.

3.2 A saúde como aspecto de Proteção Social

O conceito de saúde é historicamente marcado por definições que variam de acordo com os séculos e de acordo com cada perspectiva, seja ela totalitária ou reducionista. Hipócrates, tido como o pai da medicina (460- 377 a.C.), conceituou saúde como uma natural consequência do harmonioso equilíbrio entre quatro “humores”, secreção e líquidos, sendo estes: a bile, o sangue, o catarro e a bile negra (MOURA, 1989). Esta compreensão permaneceu latente por muito tempo na antiga cultura grega, sendo inclusive reafirmada por Galeno de acordo com Moura (1989, p. 42), “[...] Galeno (131-201 d.C.) , pioneiro da fisiologia experimental [...] conceitua: a saúde é o equilíbrio íntegro dos princípios da natureza, ou dos humores em nós existentes, ou a atuação sem nenhum obstáculo das forças naturais. Ou, também: é a cômoda harmonia dos elementos.”

Nos tempos modernos, uma conceituação de maior relevância científica, capaz de visualizar os aspectos gerais e condicionais para o estabelecimento da saúde, apenas ocorreu em 1946, quando o preâmbulo incorporado à Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, oficialmente, que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doenças (MOURA, 1989).

Tem-se como registro de que a compreensão de saúde em relação às determinantes e configurações sociais veio a ocorrer apenas no ano de 1966, por René Dubos, professor emérito na Universidade Rockefeller de Nova York, que proclamou uma conceitualização de saúde, de forma mais ampla, considerando a importância dos fatores sociais. Dessa forma, Dubos (1966, p. 7) elucida que,

A saúde do povo é determinada não por sua raça, mas por suas condições de vida [...]. Com efeito, os fatores sociais são de importância tão óbvia como causa e controle de doenças que muitos sociólogos e até médicos estão

inclinados a acreditar que reformas políticas e sociais são a maneira mais acertada de melhorar a saúde das populações destituídas de recursos.

Anos mais tarde, entre o período de 6 a 12 de setembro de 1978, ocorreu na cidade de Alma-Ata, na União Soviética, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nesta ocasião, foi aprovada por unanimidade, a resolução básica sobre a concepção de saúde exposta na Declaração de Alma-Ata (na 1ª resolução) com base no conceito de saúde exposto pela OMS, conforme Moura (1989, p.17)

A conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde.

Embora esta primeira resolução da Declaração de Alma-Ata, não expusesse como conceito de saúde, a capacidade de superar a enfermidade, estando já instalada – indo além da condição de completo bem estar físico, mas também a capacidade de poder estabelecê-lo – esta pode ser considerada um grande avanço em termos de compressão do significado de saúde. Isso porque, a Declaração, considera já na sua primeira resolução, que o estabelecimento de um sistema completo de saúde, requer ação de vários setores sociais e econômicos. Dessa forma, a Declaração de Alma-Ata, não só pondera o direito à saúde como um direito humano fundamental, mas também assinala a necessidade de contemplar a saúde, em sua totalidade, considerando os aspectos sociais e econômicos.

Esta consideração de saúde, entendida como um direito, também está presente no artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, votada e aprovada na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. Moura (1989, p.18) cita o referido artigo textualmente,

Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e à sua família, saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Por ora, citar, seja a Declaração dos Direitos do Homem ou a Declaração de Alma-Ata, não configura na efetividade do direito, isto porque historicamente em nossa sociedade, a conquista do direito à saúde, bem como dos demais direitos sociais, está condicionada a batalhas árduas, caracterizando o montante que temos de direitos duramente conquistados e não concedidos, como deveria de ser. Sobre esta afirmativa Moura (1989, p. 18) cita sobre os direitos sociais que,

Nenhum deles é generosa dádiva dos deuses, da natureza, da sociedade. Cada um foi arrancado – por assim dizer – dos detentores do poder, que sempre resistem à permissão de medidas que possam pelo menos ameaçar o gozo exclusivo de seus privilégios – a seu ver – perpétuos. Cada direito requer luta de quem ainda não o exerce. Sem luta, o direito limita-se a uma utopia.

No cenário do Sistema de Proteção Social do Brasil, a Constituição Federal de 1988, institucionalizou e ampliou o conceito de saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado” através do artigo nº 196 e nº 197. O artigo nº 196 passou a estabelecer, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos a ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.” Neste artigo ficou estabelecido a Universalidade ao pontuar a saúde como direito de todos; A Equidade, ao mencionar que o acesso deve ser universal e igualitário; e a Integralidade ao expor que as ações e serviços estão voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Já o artigo nº 197 apresenta que “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também por pessoa física ou jurídica de direito privado.” Estes dois artigos orientam diretamente a criação do Sistema Único de Saúde do Brasil, estabelecido pelas Leis Orgânicas da Saúde/SUS 8080/90⁸ que dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento do SUS, e a Lei 8142/90 que trata da participação da comunidade e das formas de financiamento das ações e serviços de saúde.

Especificamente tratando do conceito de saúde, Camilo (1999, p. 161) aponta que, “A

8 A Lei nº. 8.080, em seus artigos nº. 15 e 19, deu substância ao formato descentralizado do Sistema de Saúde que a Constituição apenas anunciara. Esta Lei definiu as funções comuns e as específicas a cada esfera de governo e reforçou a ênfase no caráter de execução dos municípios e planejamento por parte dos estados. Nunca é demais enfatizar que a Lei nº. 8.080 significou um marco dentro do processo de descentralização do estado brasileiro, especialmente por seu enfoque em estruturas regionais de gestão, organizadas de forma hierarquizada (JUNIOR, 2002, p. 77-78).

saúde insere-se no patamar de cidadania, associando-se ainda a prevenção aos aspectos socioeconômicos vivenciados pela população nas condições de trabalho, moradia, saneamento básico, etc.” A Constituição de 1988 ainda estabelece, em seu Artigo 1º, a cidadania e a dignidade da pessoa humana como alguns dos fundamentos do Estado democrático de direitos, a que menciona ser nossa República.

Este ideário encontra-se presente, também, em Oliveira (1992, p. 45), ao citar, “Acreditamos ser a saúde não apenas a resultante das condições do trabalho, habitação, alimentação, educação, lazer, renda, etc..., mas ao mesmo tempo condição inerente ao exercício de cidadania e de liberdade, com processo que se constrói cotidianamente”. É sobre esta afirmativa que nos firmamos, a que compreende a saúde como resultante de todo um processo social instituído em nosso cotidiano e não apenas pela ausência da doença como pressupõe perspectivas meramente biofísicas que procuram ser autossuficientes em si, de forma a desconsiderar as relações sociais e as interferências destas neste processo.

Concernente a saúde como aspecto de proteção social, o artigo nº 198 determina a formatação de um Sistema Único de Saúde, o qual seria a união de todas as ações e serviços de saúde pública, com base em três principais diretrizes: a Descentralização, o Atendimento Integral com prioridade para as ações preventivas, e a Participação da Comunidade. Muito embora este artigo da Constituição Federal de 1988 prevesse o estabelecimento de ações e serviços públicos de saúde de forma que integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada, consistida em um sistema único e descentralizado, esta reabriu em seu artigo anterior condições para que a iniciativa privada fornecesse serviços e assistência médica ao setor público, ao dispor que as instituições privadas poderiam participar de forma complementar do sistema de saúde. Dessa forma, não temos o desmonte dos direitos sociais em sua essência, apenas a partir do período pós constituição, mas também favorecimentos legítimos, em termos de lei, já sob a lógica da presença da iniciativa privada nas políticas estatais, algo asseveradamente presente em nossa atualidade.

Discorrendo sobre o principal objetivo das políticas de saúde pública, BRASIL (2006, p.18) apresenta que,

O principal objetivo das políticas de saúde pública, ao ordenar-se de forma descentralizada é oferecer à população as melhores condições para que desfrute muitos anos de vida saudável e ativa [...] Sob uma perspectiva de longo prazo, é necessário: **1)** observar conhecimentos e atitudes de indivíduos e coletividades; **2)** identificar as causas de natureza social, econômica e cultural da situação de saúde da população; **3)** identificar políticas públicas e iniciativas da sociedade que ajudem a enfrentá-las, buscando garantir maior

equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida para os brasileiros; e 4) abarcar as contribuições dos múltiplos setores da sociedade para gerar ações efetivas que resultem em melhoria da qualidade de vida em todas as etapas do ciclo vital.

De acordo com Nogueira (2002), esta descentralização dos poderes políticos e programáticos no Brasil, aqui compreendida como aquém da descentralização financeira, favoreceu a reconstrução e construção de instituições democráticas, dando possibilidade para o estabelecimento de mecanismo de controle social. Ainda de acordo com a autora (*ibidem*), o ideário da integralidade no atendimento é pressuposto essencial para a compreensão de que cada pessoa representa um ser indivisível, e que dessa forma, exige ações e serviços de saúde não fragmentados, incluindo o reconhecimento dos fatores sócioeconômicos e culturais como determinantes de saúde. Por fim, a autora aborda a Participação da Comunidade, “como eixo organizador do Sistema Único de Saúde”, e como mecanismo de favorecimento para a construção de uma esfera pública para o setor, e como possibilidade de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo.

Ainda sobre o processo de descentralização em relação às Normas Operacionais Básicas, o autor Costa Junior (2002, p. 78), expõe que:

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) deram os parâmetros essenciais para esse processo de descentralização. Em 1991, 1993 e 1996, o Ministério da Saúde promoveu o direcionamento desse processo, por meio desse conjunto de portarias ministeriais que ao lado da extinção do INAMPS, alteraram completamente a gestão do conjunto das ações de Saúde Pública. Evidentemente, uma descentralização do vulto da brasileira teria que se fazer num curso extenso de tempo. Mas apenas a partir da NOB de 1996, o processo de descentralização chegou de forma efetiva à gestão dos sistemas de saúde municipais.

No Brasil, a saúde é tida como um direito do cidadão e dever do Estado. Essa não é uma benesse eventual, mas uma conquista advinda e decorrente de um processo de mobilização civil, sobretudo das ações do Movimento que impulsionou a Reforma Sanitária. No entanto, com o princípio do neoliberalismo, o Estado passou a redimensionar o seu papel diante dos princípios e diretrizes que orientam o direito à saúde, sobretudo, através de ações residuais e cortes na esfera social, inclusive na saúde, principalmente, pelo crescente processo de privatização dos serviços, decorrentes da influência neoliberal, como já pontuamos anteriormente.

Assim, embora apreendamos que o direito à saúde seja um aspecto de proteção social,

a deficiência desse sistema e dos serviços é inerente deste modelo de Estado mínimo e residual consolidado em nossa sociedade, e também pelo crescente processo de mercantilização dos serviços, havendo ainda a diminuição de verbas e investimentos voltados para este setor, onde a dificuldade de sustentação da universalidade se faz presente, e onde o Estado se afasta de forma compulsória de suas obrigações previstas na Constituição de 1988.

Muito embora a mercantilização das políticas sociais seja algo muito presente, inclusive no setor da saúde onde o processo de universalização torna-se excludente dentro desta lógica, tem-se constatado, de acordo com Martins (2004), que o setor de saúde privado, não arca com as despesas em relação a doenças mais graves e, assim, o usuário e sua família voltam a procurar o setor público com a finalidade de acessar os serviços específicos de alta tecnologia como forma de sanar suas demandas.

Considerando esta realidade, é no setor de saúde pública que se encontra a referência para o atendimento dos usuários diante de enfermidade mais específicas, dentro destas, o câncer, que sendo uma doença de caráter complexo exigiu que o Estado não só se firmasse como um referencial no atendimento, bem como formulasse uma política específica, nomeada de Política de Saúde Oncológica.

3.2.1 A Política de Saúde Oncológica no Brasil

A Política de Saúde no Brasil, dividida por níveis de complexidade e de atenção, atualmente é financiada por nível de complexidade, distribuindo os recursos para a assistência básica e recursos para a média e alta complexidade. Estes financiamentos são provenientes de recursos públicos, arrecadados através de impostos e contribuições específicas destinadas aos fundos do Sistema de Seguridade Social do Brasil. Assim, a assistência à saúde, de acordo com Martins (2004, p. 38) encontra-se configurada da seguinte forma:

a) Atenção Básica: assistência de baixa complexidade, que deve ser ofertada por todos os municípios. São ações financiadas com recursos transferidos automaticamente aos estados (poucos) e municípios (quase todos), com base de cálculo predominantemente demográfica.

Os centros de referência de saúde da atenção básica, são considerados, como os mecanismos em que se expressam a atenção primária à saúde, tendo em vista que neste nível, as ações de saúde não estão associadas apenas a práticas curativas, mas também a ações vinculativas desta com os indivíduos, grupos e organizações comunitárias locais, com vistas a

concretizar ações preventivas e considerando a especificidade de cada localidade. Sobre a Atenção Primária, Oliveira (1991, p. 76), aponta que,

A Atenção Primária à saúde, assim caracterizada, constitui-se um veio fundamental para a concretização da prática sócio-educativa, podendo ser considerada como porta de entrada para a educação no sistema de saúde, não desconsiderando, com isto, sua ação complementar em outros níveis de atenção.

Ainda de acordo com Marinho (2006, p. 11) a Atenção Primária,

[...] É a assistência sanitária essencial posta ao alcance da população a um custo suportável pelo país e as comunidades. Os métodos utilizados são práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis. Todos os membros das comunidades devem ter acesso e todos devem intervir ativamente para desenvolver parcerias efetivas e melhorar os resultados. Setores organizados da sociedade afins com a Saúde devem colaborar com o Setor, visando sempre o desenvolvimento. Sem saúde não há desenvolvimento.

No nível da Atenção Básica, estão estabelecidas, prioritariamente, as atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Este nível de atenção contempla populações diferenciadas por fatores, de acordo com a análise epidemiológica e densidade populacional, organizando, assim, as ações de acordo com as expressões e demandas de cada localidade, sendo gerenciada exclusivamente pelo poder Municipal.

A Atenção Primária, ou atenção básica, é também um importante referencial e mecanismo de ação na Política de Saúde Oncológica, como *locus* onde podem ser exercidas atividades de prevenção e proteção ao câncer, considerando o fato de que o dimensionamento da atenção primária ocorre em nível local, torna possível o estabelecimento de estratégias educativas e de acompanhamento que considere a realidade e os limites dos indivíduos de cada localidade. Este afirmativa apresentada por Marinho (2006, p.11), considera que,

A maior eficiência da Atenção Primária é conseguida em nível de Postos/Centros de Saúde (também denominadas Unidades Básicas de Saúde - UBSs) que, na prática proposta pela OMS, são os que desenvolvem atividades de Promoção, Proteção, Diagnóstico e Tratamento precoces e Reabilitação para doentes em regime ambulatorial. Não dispõem de leitos ou então dispõem de poucos destinados a casos de urgência e à assistência à maternidade.

Ainda sobre a configuração da assistência à saúde no Brasil, Martins (2004, p.38),

apresenta os outros níveis de financiamento, a saber,

b) Atenção de Média Complexidade: são procedimentos que devem ser realizados por todos os estados e municípios que possuem unidade hospitalar. São financiados com recursos transferidos automaticamente a estados e municípios habilitados à gestão plena de sistema e com tetos financeiros definidos pelo Ministério aos estados e pelas Comissões bipartites aos municípios. Os gastos ainda são muito dependentes da lógica anterior de concentração de Unidades prestadoras de serviços, mas com gradual mudança para definição de valores *per capita*.

c) A Alta Complexidade: composta por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e que não são ofertados por todas as unidades da federação. Os exemplos mais importantes são os das cirurgias cardíacas, neurocirurgias, **procedimentos de oncologia**⁹ (radioterapia, quimioterapia), tratamento dialítico aos pacientes com insuficiência renal crônica (hemodiálise), entre outros.

Conforme exposto, as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao financiamento dispõem a Política de Saúde Oncológica no nível da Alta Complexidade. Neste nível, também tratado como nível de Atenção Terciária, é onde se situa a atenção resolutiva e direcionada às situações mais complexas do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial específico, internações, urgência e reabilitação.

Este nível além de englobar as atividades dos níveis primário e secundário (Atenção Básica e Média Complexidade) de forma mais superficial, também é responsável pelo atendimento nas especialidades que demandam tecnologia de alto custo e pessoal altamente especializado em modalidades específicas, como a atenção à saúde Oncológica. O estabelecimento efetivo a este nível, ocorre através de policlínicas de referência regional, hospitais especializados, hospital universitários, laboratórios regionais e centrais e hemocentros (MARTINS, 2004).

O nível da Alta Complexidade, onde se organiza a Política de Saúde Oncológica, é caracterizado, de acordo com Souza (2001), pelo atendimento de internações e pelas situações emergenciais, além de possuir maior complexidade tecnológica. Neste nível, especialmente na atenção à saúde oncológica, está incluído quanto a cobertura, as consultas ambulatoriais pré e pós internação imediata, além do atendimento exclusivamente ambulatorial para segmento clínico de pacientes e de consultas com especialistas não disponíveis em outros níveis.

A organização do nível da Alta Complexidade ocorreu em maio 1993, através da Portaria nº 65/1993, pela Secretaria de Assistência à Saúde, considerando a Política de

9 Grifo nosso.

Descentralização do Sistema Único de Saúde, passando a definir e coordenar os sistemas de redes integradas de Assistência de Alta Complexidade. De forma a normatizar o credenciamento de serviços integrantes no nível da Assistência de Alta Complexidade, a Secretaria de Assistência à Saúde definiu as áreas que compõem as Redes Integradas de Procedimentos de Alta Complexidade, sendo: Cardiologia (cirurgia cardíaca, implante de marca passo definitivo e estudo eletrofisiológico); Oncologia (clínica e cirúrgica); Ortopedia (próteses totais, ligamentares, não convencionais e bipolares); Oftalmologia (cirurgia de olho) e Transplantes de órgãos (MARTINS, 2004).

O Ministério da Saúde, em outubro de 1996, através da Portaria nº 2.043/1996, passou a organizar procedimentos para controle e avaliação dos procedimentos de Alta Complexidade, prestados através do Sistema Único de Saúde/SUS, com o objetivo de registrar as informações e acompanhar os usuários submetidos aos tratamentos no âmbito da Alta Complexidade, com a implementação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC), como forma de instrumentalizar as cobranças e informações gerenciais dos procedimentos de Alta Complexidade na base de financiamento, através do mapeamento dos serviços no campo da Assistência de Alta Complexidade (incluindo os serviços específicos voltados à pessoa com câncer) e da identificação dos pacientes que necessitam de tais tratamentos e procedimentos. Dessa forma, este sistema de APAC, passou a assegurar aos usuários a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram e que estão sendo prestados.

Mais especificamente, com o intuito de estabelecer critérios para o cadastramento de centros de atendimento em oncologia, com a finalidade de garantir o atendimento integral às pessoas com doenças neoplásicas malignas e estabelecer uma rede hierarquizada dos centros que prestam atendimento pelo SUS, o Ministério da Saúde em 02 de setembro de 1998 deliberou a Portaria nº 3.535/GM. Desta maneira, ficou definido que compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, estabelecer os fluxos e o referenciamento para o atendimento da pessoa com câncer, através de pressupostos que norteiam a Política de Saúde Oncológica no Brasil, a saber:

- Prevenção;
- Detecção Precoce;
- Diagnóstico;
- Tratamento;
- Reabilitação;
- Cuidados Paliativos.

Sendo assim, os Centros de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles que oferecem assistência especializada e integral voltados ao atendimento da pessoa com câncer, com atividades que vão desde a prevenção e de detecção precoce aos cuidados paliativos, sempre orientados e desenvolvidos em conformidade com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Considerando a necessidade de garantir o atendimento integral das pessoas com câncer, o Ministério da Saúde através do estabelecimento da Portaria nº 132, de 31 de janeiro de 2001, passou a considerar a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais, que permitam uma melhor operacionalização e acompanhamento das ações estratégicas, especialmente as de maior complexidade e custo, levando em consideração a competência do Ministério da Saúde como formulador de estratégias e políticas de saúde, e o papel dos gestores municipais no planejamento, organização, controle e avaliação, assim como a execução das ações e serviços de saúde.

Na Política de Saúde Oncológica, inserida na esfera da atenção de Alta Complexidade, o Serviço Social, assim como em grande parte das políticas sociais, deve orientar-se com vistas a compreender que os problemas de saúde não são puramente biológicos, mas intimamente condicionados pela estrutura social, econômica, política e cultural, da sociedade em que estamos inseridos. Dessa forma, a proposta de atuação para o Serviço Social, neste âmbito, deve pautar-se numa perspectiva multidisciplinar que permita visualizar as demandas dos usuários de forma a considerar as especificidades de cada um, considerando no entanto estas análises conjunturais, haja visto que o adoecimento é também decorrente de processos sociais vividos de forma coletiva.

Sobre esta ação interdisciplinar, necessárias para a atuação do Serviço Social na Política de Saúde Oncológica, Nogueira (1997, p. 45) expõe que,

[...] a ação interdisciplinar permite uma visão mais global e integrada da realidade, do todo social que incide sobre o processo saúde – doença, favorecendo o entendimento de relações pessoais, sociais, subjetivas e emocionais, que permeiam o cotidiano do paciente e de seus familiares.

Ainda de acordo com Nogueira (1997) esta ação interdisciplinar tem como objetivo potencializar a compreensão do processo em que se insere como forma de permitir uma maior e mais eficaz atuação, tanto por parte dos assistentes sociais, quanto por parte dos demais profissionais, dentro por exemplo, do âmbito da saúde oncológica, *locus* de muitas especificidades, considerando as características muito próprias que o câncer infere na vida dos

usuários afetados direta ou indiretamente pelo processo de adoecimento e recuperação/promoção da saúde. Assim de acordo com a autora,

A ação interdisciplinar vem como resposta à diversidade e especialização características da modalidade tanto em relação aos conhecimentos como ao mundo profissional. Surge não contra a cegueira do especialista, como se usa dizer, mas como possibilidade de integrar um conhecimento específico aos demais, enriquecendo a compreensão do objeto estudado e ampliando a eficácia interventiva. (NOGUEIRA, 1997, p. 45- 46).

Por fim, é premente salientar que os objetivos essenciais da Política de Saúde Oncológica no Brasil, que vão desde a prevenção ao câncer até os cuidados paliativos, são também um dos maiores desafios para o estabelecimento integral desta política, tendo em vista a necessidade do gerenciamento dos recursos e a necessidade contínua de atualização e especialização dos serviços específicos e da necessidade de um atendimento interdisciplinar concreto e articulado. Dessa forma, o indivíduo com câncer, passa a ser identificado, além da condição de paciente, também como um usuário de serviço de saúde e serviços específicos voltados ao seu atendimento e à supressão de suas necessidades oriundas principalmente de sua condição de saúde, tornando necessário o estabelecimento de uma rede de serviços engendrados em uma rede de proteção social que atenda integralmente as necessidades destes sujeitos, diante da condição de saúde instalada.

3.3 Os serviços da rede de proteção social e o atendimento da pessoa com câncer

A rede de proteção social voltada à pessoa com câncer é uma rede composta por serviços e garantias essenciais para a manutenção e recuperação da saúde, e ainda para conferir maior qualidade de vida, mesmo quando o quadro clínico já encontra-se avançado. Dessa forma esta proteção social, encontra-se nos níveis da prevenção, da recuperação e manutenção da saúde e na melhoria de qualidade de sobrevivência diante da necessidade de cuidados paliativos.

Os serviços de prevenção ao câncer constituem-se através de ações sócio educativas de promoção à saúde, normalmente engajadas pelo poder público que, com ações de saúde, procuram desenvolver a promoção do auto cuidado e de prevenção ao câncer, através da adoção de hábitos de vida saudáveis por parte da população. Com a finalidade de organizar estas ações, tem-se no Brasil um sistema de Registro de Câncer de Base Populacional

(RCBP), que coleta e analisa as incidências epidemiológicas do câncer. Estes Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) surgiram no Brasil em fins dos anos 1960 por iniciativas que buscavam a obtenção de informações sobre morbidade por câncer no país, como se verificava em diversas partes do mundo. Já no início dos anos 1980 surgiu no INCA o primeiro Registro Hospitalar de Câncer (RHC) brasileiro. De forma mais específica, os RCBP produzem informações que permitem descrever e monitorar o perfil da incidência, enquanto os RHC reúnem informações que têm por finalidade a avaliação da qualidade da assistência prestada aos usuários atendidos em determinado hospital ou num conjunto de hospitais (BRASIL, 2006).

Embora seja de suma importância esse sistema de Registro de Câncer de Base Populacional, a cobertura de rastreamento destes não é integral em todo o território Nacional (pelo menos não de forma ativa). Conforme registros históricos nos anos de 1980 havia seis RCBP distribuídos entre as cinco macrorregiões geográficas, cobrindo aproximadamente 11% da população do país. Nos anos 1990 surgiram RCBP em mais nove cidades, elevando a cobertura nacional para 19,5%, já a partir do ano 2000, 12 novas cidades foram incorporadas, totalizando 25 RCBP, aumentando a cobertura nacional para 23%. Atualmente, há informações publicadas de 19 dos 25 RCBP (76,0%), resultando numa cobertura da população brasileira de 18,7%, muito embora não cubra todo o território nacional com rastreamento ativo, este serviço tem sido determinante para o monitoramento epidemiológico que orienta as ações de prevenção específicas de combate ao câncer, sobretudo através de estratégias de detecção precoce (BRASIL, 2006).

Para responder aos desafios da estruturação da Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia, o Ministério da Saúde publicou em 2/9/98 a Portaria nº 3.535 (república em 12/10/98), pioneira ao estabelecer requisitos de garantia ao atendimento integral do doente com câncer e parâmetros para o planejamento da assistência oncológica. Esta portaria foi complementada por outra (nº 3.536/98), que determinou a adoção do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (Apac/Onco): os novos procedimentos passaram a se basear na neoplasia, e não mais nos medicamentos, com autorização prévia regulamentada e alimentando um sistema de informações.

Em 2005, avançando na busca de respostas aos desafios da área oncológica, o Ministério da Saúde publicou as portarias nº 2.439, de 19 de dezembro de 2005, a primeira a instituir uma Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser criada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; e a de nº 741, de 19 de dezembro de

2005, pela qual a Secretaria de Atenção à Saúde substituiu 3.535/98 e estabelece novas classificação e exigências para hospitais que tratam câncer (Centros ou Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), além de estabelecer parâmetros para o planejamento da Rede de Alta Complexidade em Oncologia e definir processos relacionados à informação em câncer (RHC) e ao acesso a exames de média complexidade.

Ainda na perspectiva da prevenção, o Ministério da Saúde desenvolve uma série de programas Nacionais de prevenção e combate ao câncer, onde desde 1989 vem desenvolvendo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo como parte de sua Política Nacional de Controle do Câncer em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde.

Quando o usuário já está acometido pelo câncer, os serviços da rede de proteção social voltam-se não apenas para a prevenção, mas também para o tratamento que é um dos componentes do programa nacional de controle do câncer (BRASIL, 2007). De acordo com Brasil (2007) as metas deste programa nacional de controle do câncer são, principalmente, a cura, o prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida.

Para tal como forma de garantir serviços que atendam a estas demandas, tem-se no Brasil um leque modalidades de tratamento instituído e gerido pelo Sistema Único de Saúde, com cobertura integral em todo o país e de forma gratuita e garantida por lei. Estas modalidades de tratamento voltadas às pessoas com câncer são as cirurgias oncológicas e os tratamentos com radioterapia/quimioterapia (incluindo manipulação hormonal), e ainda apoio de outras áreas técnico-assistenciais, como enfermagem, farmácia, serviço social, nutrição, fisioterapia, reabilitação, odontologia, psicologia clínica, psiquiatria e a estomatoterapia (cuidados de ostomizados) em centros de referência.

Como forma de organizar os serviços da rede de proteção social voltada à pessoa com câncer, concernente a área da saúde, o Ministério da Saúde passou a organizar os centros de referência de acordo com os tipos de atendimento. Dessa forma, os tratamentos oncológicos no Brasil, passaram a ser dinamizados em dois serviços básicos: as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) são hospitais terciários estruturados para tratar, no mínimo, os cânceres mais prevalentes no país (mama, próstata, colo do útero, estômago, cólon e reto), com exceção do câncer de pulmão e do câncer de pele não melanoma já que este último pode ser tratado em serviços não-

especializados, e dessa forma não integra nesse nível de complexidade, a cobertura das Unacon. Já os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) são definidos como hospitais terciários estruturados para tratar todos os tipos de cânceres, em todas as modalidades assistenciais (BRASIL, 2006).

Como a rede de proteção social não se resume apenas à proteção da pessoa com câncer em matéria de saúde, é importante ressaltar também a cobertura previdenciária específica voltada à pessoa com câncer, garantida de acordo com a Lei nº. 8.216, de 24 de julho de 1991. Esta prevê aos segurados com câncer, devidamente inscritos no Regime Público de Previdência Social do Brasil, alguns benefícios independente de carência, quando o registro junto ao INSS é anterior ao aparecimento da doença e mediante exame médico pericial para comprovação.

Entre estes benefícios previdenciários específicos, quando de acordo com as exigências da Lei, estão o auxílio doença, que garante ao segurado incapacitado (pelo câncer) uma renda paga pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) quando incapacitado de exercer atividades laborativas por mais de quinze dias. Outro benefício específico que pode decorrer do câncer é a aposentadoria por invalidez, que garante ao segurado considerado incapaz e insuscetível de reabilitação, a concessão de aposentadoria integral, que pode ser acrescida de 25% (vinte e cinco por cento), quando verificado em perícia médica específica que o usuário necessitará permanentemente de assistência de outra pessoa.

Mesmo que de forma complementar, os diversos benefícios sociais assegurados por legislações federais, podem não garantir a recuperação total da saúde, mas tende a proporcionar, quando acessados, um importante mecanismo para a manutenção da proteção social da pessoa com câncer. Entre estes benefícios sociais específicos, podemos ainda citar, de acordo com Barbosa (2003) :

- A movimentação atemporal de conta vinculada ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que pode ser movimentada pelo usuário quando este ou qualquer de seus dependentes for acometido por câncer, conforme a Lei nº. 8.036, de 11 de maio de 1990, com dispositivo acrescentado pela Lei nº. 8.922, de 25 de julho de 1994, em seu artigo 20, inciso XI.
- Direito do usuário com câncer ao recebimento do PIS (Programa de Integração Social), conforme a resolução nº. 01 de 15 de outubro de 1996, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP que estabelece o direito ao recebimento do

benefício.

- Direito a cirurgia plástica reconstrutiva da mama, para as mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. Esta cirurgia pode ser realizada pelos serviços do Sistema Único de Saúde, conforme Lei nº. 9.797, de 6 de maio de 1999, e através dos planos privados de saúde, conforme Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998, com alteração da Lei nº. 10.223, de 15 de maio de 2001, que determina que os planos de saúde por meio de sua rede de unidades conveniadas devem prestar o serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, nas situações de mutilação decorrentes de utilização de tratamento de câncer.

Muito embora a rede de proteção social voltada ao atendimento da pessoa com câncer pareça metricamente organizada e por vezes passando a impressão de que o usuário em todo é assistido, o que vimos efetivamente é uma árdua batalha dentro do sistema jurídico de usuários requisitando os direitos específicos, considerando que, se de um lado a assistência a saúde para tratamento oncológico tem em partes cumprido sua função, sobre os benefícios sociais específicos e os previdenciários, tem-se tido garimpo jurídico nesse meio, dado o fato de que a tendência deste Estado Neoliberal de caráter mínimo é judicializar a concessão dos direitos e benefícios sociais.

Ao considerarmos a existência de uma rede de proteção social voltada a pessoa com câncer, não pudemos deixar de assinalar este posicionamento mínimo do Estado diante das garantias sociais de provisão e ainda as profundas transformações do modelo econômico decorrentes da reestruturação produtiva, da integração mundial dos mercados financeiros, da internacionalização das economias, da desregulamentação e abertura dos mercados, com a quebra de barreiras protecionistas, em suas causas e conseqüências político - sociais, que vêm atingindo, de forma acelerada e diferenciada, sobretudo na última década, amplos setores da população trabalhadora e fragmentando muitos dos direitos sociais outrora instituídos em um amplo processo de redemocratização (MONTALI, 2000).

Estas mudanças, em grau e extensão diferentes entre países e no interior dos mesmos, geram permanentes incertezas, novas tensões, aprofundamento das desigualdades sociais e da exclusão social, e, sobretudo uma refração no acesso, ao determinar sob a lógica neoliberal que direito instituído, não configura necessariamente direito e acesso garantido. Sobre a configuração do que vem a ser acesso, ou acessibilidade, é importante ressaltar que este não é efetivado apenas com a existência do serviço, mas sim, numa compreensão mais complexa e

totalitária, com a garantia e cobertura das demandas dos usuários em seu todo, de forma primar pela especificidade de cada um e de uma forma que garanta qualidade em todo o processo.

3.4 A Acessibilidade aos serviços da rede de proteção social

A categoria “acesso”, que permeia nossa discussão, apresenta um conceito complexo. Essa complexidade está no fato de que ao tratarmos desta categoria com base nas Ciências Sociais, procura-se mensurar determinantes sociais, indo muito além do que os dados estatísticos podem significar, passando a dimensionar além dos indicadores objetivos e empíricos, também, os indicadores subjetivos e socioculturais referentes ao acesso.

De acordo com Travassos e Martins (2004) o conceito de acesso varia entre os autores que tratam dessa categoria, especialmente, na terminologia utilizada para defini-la, variando entre “acesso” e “acessibilidade”. Essas variações, no entanto, não ocorrem apenas na terminologia utilizada pelos autores na conceitualização, mas também no foco ou centralidade que cada um tem quando trata desta categoria. Assim, enquanto uns autores se detem mais nas características dos indivíduos, outros se centram mais nas características dos serviços. O que ambas as vertentes tem em comum é o fato de que apesar de deterem maior centralidade em um dos aspectos ao tratar dessa categoria, estas acabam por analisar as características das relações entre os indivíduos e os serviços, não isolando completamente apenas um desses elementos, embora se costume haver foco maior em um destes.

Ao tratarmos, aqui especificamente, da acessibilidade aos serviços da rede de proteção social voltada ao atendimento da pessoa com câncer, partimos da concepção de que o processo de utilização desses serviços é efetivado ou não, de acordo com alguns determinantes de utilização, que são provenientes da interação do comportamento do indivíduo que procura os cuidados, associados aos aspectos sociais do meio em que esse indivíduo encontra-se inserido, bem como os aspectos do serviço que se procura acessar. Sobre esta relação, Travassos e Martins (2004, p.190-191), expõem que,

Em linhas gerais, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (a) às necessidades de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas; (c) aos

prestadores de serviços [...]; (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta [...]; (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

Nessa perspectiva, procuramos ter como orientação as Ciências Sociais ao abordarmos a categoria acessibilidade, uma vez que, para que possamos refletir sobre a qualidade de atenção, é necessário que visualizemos os aspectos da rede de proteção social (a forma como os serviços estão disponíveis, como estes podem ser acessados, e outros.) em conjunto com a análise dos aspectos socioculturais dos sujeitos que buscam acessar estes serviços (quem são estes usuários, como estes buscam acessar os serviços), tendo em vista que para que possamos entender essa categoria em sua totalidade, faz-se necessário a compressão das determinantes sociais que inferem diretamente na acessibilidade aos serviços da rede de proteção social voltados a pessoa câncer.

As determinantes sociais são entendidas como partes relevantes na direção em que se apresentam os serviços de saúde, uma vez que, estas são compostas por valores sociais como princípios éticos e morais, provenientes de uma determinada cultura. Esses valores sociais perpassam tanto a sociedade como as próprias instituições de serviços de uma rede de proteção social, apontando que assim que não há neutralidade ou homogeneidade de valores na sociedade, uma vez que conviver em sociedade é interagir e relacionar-se com diferentes valores, também não há neutralidade social nas instituições que a compõem, dentre estas as instituições de saúde. Assim nessa perspectiva, esses valores sociais passam a ter relação íntima com a qualidade da atenção que os serviços buscam proporcionar aos usuários.

Esta afirmação está contida no pensamento de Donabedian (1988,p.03),

Los valores sociales penetran a la sociedad y a todas sus instituciones. Las formas que adoptan esas instituciones y las direcciones en las que se les puede modificar aceptablemente, dependen en buena parte de esos valores. Las formas institucionalizadas de proporcionar los servicios de salud no son la excepción a la regla. En esta área, los valores sociales pueden ser más relevantes de lo que son normalmente. Esto se debe a que la atención médica toca los intereses y las preocupaciones más vitales de la gente, implica relaciones íntimas y sumamente personales y está rodeada de una serie de principios morales y éticos.

Por qualidade da atenção, aqui referida, entendemos que esta vai muito além do que a simples disponibilidade dos serviços ou a presença de um sistema de prestação, ou mesmo de

um trecho constitucional que institucionalize o direito ao acesso. Dessa forma, a efetivação da acessibilidade e a dimensão da qualidade da atenção dos serviços que se procura acessar não é garantida apenas pela disponibilidade de uma rede de proteção social, uma vez que esta pode apresentar-se de forma fragmentada, mas sim pela efetiva inserção dos indivíduos no acesso a esses serviços, bem como a qualidade eficaz destes serviços e a operacionalidade da rede, de forma a efetivar a garantia da cobertura aos usuários, integralmente e em uma perspectiva de totalidade dos indivíduos, visando a satisfação destes (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996).

Faz-se necessário ressaltar que ao tratarmos da qualidade da atenção, estamos nos referindo aos aspectos dos serviços que integram a rede de atenção voltada ao atendimento de usuários em determinada situação, e as características inerentes dos próprios usuários (no caso de nosso trabalho, tratamos das características dos usuários com câncer e da rede de proteção social voltada ao seu atendimento). Assim sendo, não nos referimos ao conceito de qualidade na perspectiva do modelo de Controle de Qualidade Total surgida no Japão na década de 1930.

Sobre tal categoria Vuori (1988) aponta contribuições relevantes ao colocar que ao falarmos de qualidade (no sentido de analisar a interação entre os usuários e os serviços da rede de proteção social), é necessário especificar os aspectos desta, a fim de ter de forma bem esclarecida, por quem é definida a qualidade, e para quem esta é definida. Assim, para Vuori (1988) a qualidade da atenção é dimensionada quando observado critérios tais como: a efetividade, a eficácia, a equidade, a acessibilidade, a adequação, a aceitabilidade e a qualidade técnico-científica do cuidado.

Nesse entendimento, “a busca de uma definição de qualidade nas prestações de serviço em saúde, requer a divisão operativa do conceito de prestação em dois aspectos: técnico e interpessoal” (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996 p,191). Assim, segundo os autores (*ibidem*) a característica técnica do conceito está relacionada com a aplicação dos conhecimentos dos profissionais que atuam na área da saúde, bem como das tecnologias médicas e avanços terapêuticos que possam caracterizar e determinar as especificidades e eficácia desses serviços; já o segundo aspecto, o interpessoal, está baseado na interação social e psicológica entre o usuário, os profissionais, e os serviços existentes, ou seja, a interação existente nas formas subjetiva e objetiva entre os sujeitos envolvidos com vistas a garantir a efetivação do acesso a esses serviços.

Já Donabedian (1988), ao tratar da qualidade da atenção dos serviços de saúde pública, assinala a necessidade de analisar a “escassez” e as “necessidades não satisfeitas”, para que, sendo supridas, a qualidade da atenção possa responder, de forma aceitável, as necessidades e

demandas dos usuários. Dessa forma, a escassez é apreendida como a falta de serviços (existentes) ou falta de eficaz cobertura destes serviços de modo a deixar usuários desassistidos; Já as necessidades não satisfeitas são caracterizadas pela inexistência de determinados serviços excedendo a capacidade de respostas do sistema, caracterizando demandas que não são respondidas pelo Estado e deixando um espaço de necessidades a ser preenchido com políticas e serviços de atenção ao atendimento dos indivíduos.

No entanto, o paradigma existente é sobre a dimensão que caracteriza se um serviço é escasso ou não, tendo em vista que a qualidade da atenção não se reduz apenas a disponibilidade dos serviços ou a presença de um sistema de prestação. Assim, Donabedian (1988, p.478-479) assinala a dificuldade de apreender que parâmetros vão definir se um serviço é escasso ou não e, em contrapartida, com o grau de sua qualidade,

En primer lugar, ¿Cuál es la definición de la necesidad relevante para las definiciones de la escasez? ¿la del profesional de la salud, la del cliente, o quizá la de un ente social que los incluye a ambos, pero con ciertos ajustes para uno y otro? En segundo lugar, existen los problemas de la medición de la necesidad, independientemente de cuál definición se utiliza, y de la traducción de las medidas de la necesidad a sus equivalentes em servicios equivalentes em servicios adecuados para satisfacer la necesidad.

Para que se possa mensurar essas características de satisfação dos usuários, mesmo que de forma imprecisa, uma vez que esta satisfação remete também a valores subjetivos, Donabedian (1988) aborda a necessidade de apreender as perspectivas dos usuários, dos serviços e dos profissionais envolvidos, remetendo que esta qualidade de atenção não se resume apenas aos dados empíricos ou estatísticos que caracterize a disponibilidade de acesso aos serviços, mais também aos aspectos desta utilização e quais as determinantes destas, trazendo em cena a discussão para uma categoria mais ampliada, a saber a categoria acessibilidade ou acesso (de acordo com as derivações terminológicas). Permeada por diversos autores, essencialmente a categoria acessibilidade é estudada por duas vertentes básicas: as que centram-se mais nos aspectos dos serviços e as que se focam mais nos aspectos dos usuários.

Assim para Andersen (1995) (apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), o termo acesso, é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles que estão relacionados com a organização dos serviços. Dessa forma, Andersen centra-se mais nas características da entrada nos serviços de saúde e na possibilidade de continuidade do tratamento, focando-se assim nas características da entrada dos usuários nos serviços

existentes e na possibilidade de recebimento de cuidados subseqüentes. No entanto, Andersen (apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) ao expandir sobre o conceito de acessibilidade, a que chama de “acesso”, pouco considera as características da qualidade desses serviços ou os aspectos determinantes dos indivíduos, atribuindo maior atenção nas formas como os usuários acessam estes (ou seja, na possibilidade de serviços que atendam as necessidades destes usuários), e na possibilidade de cobertura total, ao tratar da necessidade de que os usuários tenham garantido o recebimento de cuidados subsequentes, quando necessário.

De acordo com Aday e Andersen (1974) (apud ACURCIO; GUIMARÃES, 1996), as políticas de saúde têm configurado, ou teriam que configurar em seu desenvolvimento, maior atenção com vistas a melhorar o acesso aos serviços, através da modificação dos sistemas de prestação (esta refere-se a forma de organizar a prestação para a potencial atenção aos usuários) e da adequação de programas com a finalidade de modificar as características da população sobretudo dos indivíduos em situação de risco. No entanto, esta concepção não se aplica em sua totalidade na configuração do cenário político e social do Brasil, caracterizado pela inexistência de um Estado de Bem Estar Social e pelo desmonte do Estado que predominantemente tende a prover os mínimos sociais de forma focalizada “aos grupos de risco” (isto quando provê) e ainda pela crescente mercantilização das políticas sociais, especialmente, dos serviços de saúde.

Ainda decorrendo sobre o conceito de acesso, Andersen (1995) (apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004 p.192), amplia seu conceito de forma multidimensional, compondo-o com dois elementos: o “acesso potencial e o “acesso realizado”, sendo este último subdividido em “acesso efetivo” e “acesso eficiente” para sua medição,

Acesso potencial caracteriza-se pela presença no âmbito dos indivíduos de fatores capacitantes de uso de serviços, enquanto acesso realizado representa a utilização de fato desses serviços e é influenciado por fatores outros além dos que explicam o acesso potencial.[...] O resultado do acesso potencial pode ser medido pelo uso de serviços (acesso realizado) e o do acesso realizado (uso) pelo acesso efetivo [...] que melhora as condições de saúde [...] e eficiente [...] o grau de mudança na saúde.

Numa perspectiva que se foca mais nas características dos serviços da rede de proteção social existentes nas interações destes com os usuários, Donabedian (1988) pressupõe que para que a acessibilidade possa ser efetivamente garantida é necessário que as atenções dos serviços (nesse caso de saúde pública) se concentrem com vistas a promover o

bem estar dos usuários. Essa afirmação encontra-se presente no pensamento de Donabedian (1988, p.48), quando este pressupõe que,

[...] Es de esperarse que los programas de atención médica se concentren en el bienestar del cliente y en adaptarse a sus deseos. Sin embargo, hay graves dudas acerca de si las organizaciones de atención médica sirven primordialmente a los intereses y a los deseos del cliente como éste los ve o como los interpretan las élites profesionales o de otro tipo que determinan la política de la atención médica.

Ainda para Donabedian a rede de proteção social deve estar configurada de uma forma que correspondam a alguns objetivos organizacionais e de operacionalidade que visualize a acessibilidade dos usuários de forma integral, devendo dessa forma, estar incluído: o acesso aos serviços; o uso dos serviços; a qualidade da atenção; a manutenção da liberdade e da dignidade dos usuários; a capacidade de responder as necessidades, os desejos e as conveniências (necessárias) dos usuários; e a liberdade de escolha dos serviços condizentes com a necessidade dos indivíduos.

Com base no exposto por Donabedian, os autores Acurcio e Guimarães (1996, p.236) colocam que, “[...] a acessibilidade é definida como a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. É um importante determinante na qualidade.” Dessa forma, está subentendido que a avaliação dos serviços e a aceitabilidade dos mesmos, não deve ser apenas avaliado pela equipe técnica de forma isolada, mas deve considerar as preferências e demandas dos usuários e da sociedade como um todo. Ainda de acordo Travassos e Martins (2004, p.191), “[...] Donabedian definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população”.

Entendemos que definição de acessibilidade, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Ao tratarmos dos indicadores de acessibilidade, temos que considerar muitas determinantes como as características dos usuários, uma vez que os aspectos como, por exemplo, os geográficos podem facilitar o acesso ou dificultá-lo, por mais que haja uma gama de serviços dispostos a sanar as demandas destes usuários, além de considerar os aspetos socioculturais destes, e a própria relação subjetiva que este tem com a doença.

Com base no pressuposto de que a acessibilidade esta presente no texto Constitucional Vidal (2008, p. 133) ao expõe que,

O marco da universalização do acesso à saúde está preconizado na Constituição Federal de 1988, art. 196, e constitui um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), tratando-se, desde então, de um direito de cidadania reconhecido e protegido legalmente. Com o SUS, o acesso às ações e aos serviços não se regulariza mais sob a ótica da universalização excludente. Passa-se a ter um acesso universal.

No entanto, embora esteja preconizado na Constituição Federal de 1988 o acesso universal, não temos no Brasil o cumprimento deste ideário, mas ao invés disto temos por vezes um intenso processo de judicialização deste direito básico, onde por vezes o usuário precisa recorrer a instâncias do poder judiciário travando árduas batalhas para requisitar do Estado o acesso a esta política, a ver pelos numerosos processos que requisitam, por exemplo, a assistência terapêutica para acesso a medicação não padronizada, mesmo a assistência terapêutica já sendo um dispositivo legalmente institucionalizado.

Nessa perspectiva o acesso aos serviços de saúde, como pondera Vidal (2008), é uma questão inserida na política de saúde em sua totalidade, e dessa forma se caracteriza, como uma das expressões da questão social, pois integra, de acordo com Yamamoto (2001, p.9) “ [...] o conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado.”

Ao pensar sobre o conceito de acessibilidade é também necessário considerar os aspectos das demandas dos serviços, com a finalidade de identificar se é necessário uma ação de ampliação de serviços já instituídos ou a criação de serviços que possam atender a estas demandas de forma a satisfazer as necessidades dos usuários, ou ainda de maior qualificação na forma como estes serviços são acessados, apresentados ou mesmo viabilizados. A ineficiência da disposição dos serviços pode acabar por acarretar o que Vidal (2008, p. 134) considera como “acesso incompleto” que de acordo com a autora “ [...] trata da falta de continuidade do tratamento e do não acesso aos retornos das consultas e exames. Engloba a ausência de ofertas de serviços adequados, acolhimento, vínculo e também resolutividade”.

Ao citarmos aqui a satisfação dos usuários, não nos remetemos unicamente a inserção destes em determinado serviços, mas a capacidade que esta rede de proteção social deve ter de poder responder as necessidades dos sujeitos de forma integral e numa perspectiva de totalidade, não subdividindo estes ou minimizando a compreensão de que permitir o acesso é, em si, o cumprimento das satisfações e demandas dos usuários, mas a capacidade de fornecer os serviços com qualidade e com o indispensável pressuposto de continuidade e resolutividade, procurando sempre prover as demandas dos usuários de forma adequada, considerando as suas necessidades e especificidades.

Por último, é importante ressaltar que, ao tratarmos de acessibilidade, é necessário observar também o cenário político-ideológico em que se estabelece a rede de proteção social instituída, uma vez que a esfera de serviços tem sido historicamente, um campo por onde tem permeado interesses exclusivistas, disfarçados de boa intencionalidade. Dessa forma, ao tratarmos da acessibilidade aos serviços, temos que considerar, a que direcionalidade esta rede está instituída, se na perspectiva de valorização da autonomia, emancipação, liberdade e cobertura integral dos usuários, ou se na perspectiva de garantia de mínimos sociais apenas para a regulação de consensos que possam se instalar.

É fato de que a conquista pelo efetivo direito à saúde, enquanto direito social universal e como política integrante no tripé de Seguridade Social no Brasil, apresenta muitas necessidades para que seja efetivamente alcançada. Há, a necessidade de melhoria em esferas que vão desde o atendimento com maior qualidade, bem como a maior e melhor disposição destes serviços para que o acesso esteja garantido na prática. Para que o direito à saúde seja alcançado, e de forma ampliada, é necessário que haja o fortalecimento de um projeto societário comprometido com a população usuária e com os dispositivos legais, de forma a fazer cumpri-los nos termos da lei.

De acordo com Bravo e Matos (2004, p.36), este fortalecimento só se torna possível através da,

[...] busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

Assim sendo, ao constar que a acessibilidade é um processo que exige vislumbrar uma série de fatores e aspectos para que seja efetivado, desenvolvemos uma pesquisa com vistas a compreender como se dá a acessibilidade aos serviços voltados às pessoas com câncer, procedentes de Florianópolis, usuárias do Sistema Único de Saúde e internadas no Hospital Universitário desse município e analisar algumas determinantes essenciais deste processo, como forma de contribuir com o debate acerca do tema e procurar orientar, com base nas características de acessibilidade destes, os pressupostos que precisam ser considerados para que se efetive a acessibilidade através da consolidação de uma sociedade democrática e que possa ser ouvida.

4 A PESQUISA REALIZADA JUNTO AOS USUÁRIOS COM CÂNCER

“ [...] Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição de qualquer semelhança
No fundo.”

Fernando Pessoa

Nesta quarta seção apresentamos os dados obtidos a partir da pesquisa realizada junto aos usuários com câncer internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Para tal desenvolvimento, iniciamos caracterizando o tipo de estudo que nos valem neste trabalho de pesquisa concomitante à apresentação dos procedimentos metodológicos. Em seguida, nos direcionamos para a análise dos dados propriamente dita, através de quatro abordagens diferenciadas: a identificação dos usuários, os aspectos sócio-ocupacionais destes, a abordagem com relação ao câncer na vida cotidiana dos entrevistados e, por fim, as características da acessibilidade aos serviços da rede de proteção social, voltada à pessoa com câncer, em Florianópolis.

4.1 Tipo de Estudo

Desenvolvemos um estudo a partir de uma pesquisa exploratória, delineada como pesquisa bibliográfica, documental, empírica e qualitativa, com a utilização de questionário e entrevista, como procedimentos técnicos, tendo em vista que esta metodologia se propõe a apreender como os usuários vivenciam a experiência do diagnóstico do câncer e como se desenvolve a relação destes com os serviços da rede de proteção social voltados para o atendimentos destes. Ao mesmo tempo, foi possível desvelar, através da pesquisa bibliográfica, sobre os significados simbólicos (metafóricos) desta enfermidade que orienta nossa análise com vistas a compreender os contextos e algumas expressões desta doença na vida dos usuários entrevistados.

A opção pela pesquisa exploratória como parte integrante de nosso trabalho,

considerou a afirmação de Neves et al (1984), ao pontuar que a formação do conhecimento tem lugar através de pesquisa e teoria. Dessa forma, ao considerarmos que ambas precisam estar juntas na busca, revelação e produção de conhecimento, desenvolvemos um aporte teórico com base neste ideário, que apreende que a teoria estimula a pesquisa, e que esta teoria, por sua vez, é que dá sentido a análise dos dados, sendo, portanto, elementos essenciais neste exercício de dialética. É necessário ressaltar que procuramos nos ater a este tipo de pesquisa exploratória, pois conforme Marconi e Lakatos (1990) esta torna possível a modalidade de estudo em que a observação do fenômeno se expressa em sua real veracidade, a partir do contexto que o cerca, podendo apresentar indicadores tão específicos que apenas esta modalidade de pesquisa confere.

Respalda-nos em Minayo (2003), pudemos considerar essa pesquisa como de natureza qualitativa, tendo em vista que tivemos como fonte o ambiente onde ocorreram os acontecimentos e onde situa-se o público alvo e participante desta pesquisa: os usuários com câncer, com vistas a identificar os aspectos da enfermidade na vida cotidiana destes e os aspectos da acessibilidade aos serviços da rede de proteção social específica. Deslandes (1994, p. 21-22) ainda apresenta algumas características deste tipo de estudo ao citar que,

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Ressaltamos ainda que o pesquisador principal (também autor deste trabalho) foi o principal instrumento de coleta de dados, o qual manteve contato direto com a realidade, considerando os aspectos do cotidiano em que se desenvolveu a pesquisa, além de abordar os acontecimentos, dentro de uma perspectiva dos usuários com câncer, maiores protagonistas desta experiência. Como forma de viabilizar a leitura e o entendimento de como se deu a pesquisa, e o contato com os usuários entrevistados, apresentamos os procedimentos metodológicos que instrumentalizaram e permitiram tal estudo.

4.1.1 Procedimentos Metodológicos

Desenvolvemos a pesquisa através do contato direto com os usuários, considerando que através desse tipo de contato, a relação de proximidade entre pesquisador e entrevistado fornece elementos essenciais de análise que apenas este procedimento metodológico permite. Nesse contexto, Medina (2000, p. 24) considera que é, “neste momento do processo, conhecendo melhor o paciente, sua situação e a realidade do momento, que teremos a relação, a comparação e o contraste da situação para melhor compreender esta realidade e chegar a uma visão ampliada.”

Inicialmente, através do Serviço Ambulatorial de Estatística do Hospital Universitário de Santa Catarina (SAME/HU/UFSC), identificamos que no período de 1º de janeiro de 2009 a 1º de abril de 2009, teve-se uma média de seis novas internações/mês de usuários procedentes do município de Florianópolis, em decorrência de neoplasias malignas (câncer). Assim, como forma de garantir que o número da amostra adotada permitisse expressar o universo total de atendimentos realizados ao mês, desenvolvemos nossa pesquisa com 06 (seis) usuários internados no HU/UFSC (*locus* de nossa pesquisa), em decorrência do câncer, independente do tipo e/ou estágio, desde que o usuário fosse procedente do município de Florianópolis, dado ao fato de que, neste trabalho, nos propusemos a compreender os aspectos da acessibilidade da pessoa com câncer aos serviços da rede de proteção social, voltados ao seu atendimento, no município de Florianópolis.

As entrevistas foram realizadas, a partir do aceite voluntário, no próprio leito dos participantes, com duração aproximada de 25 (vinte e cinco) minutos, nas datas em que as assistentes sociais do Hospital Universitário da UFSC, após busca ativa do autor, mencionaram que havia usuários com câncer, internados em suas respectivas unidades de trabalho. Destacamos que houve maior receptividade do que negativas para a realização das entrevistas, embora tenhamos tido duas negações de usuários que declararam não terem disposição para tal, de forma que, sem prejuízo, procuramos desenvolvê-la com outros usuários, totalizando as 06 (seis) entrevistas pretendidas nesse estudo. Para auxiliar no processo de registro das falas, algumas entrevistas foram gravadas, de acordo com o aceite dos usuários entrevistados e, posteriormente, procedemos à transcrição dos dados.

Ainda com o intuito de respeitar os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, previstos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atendemos os pressupostos desta, elaborando e utilizando o formulário de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), mediante autorização para a realização desta pesquisa pelo

Diretor do Hospital Universitário da UFSC e apreciação do Comitê de Ética da UFSC, de acordo com os procedimentos metodológicos, que condiciona a realização da pesquisa com os usuários mediante a aceitação prévia destes. Ao interagir durante o desenvolvimento deste estudo, procuramos fazê-lo de forma a respeitar os valores dos participantes, sem qualquer tipo de discriminação ou dolo.

Assim, desenvolvemos um processo de acolhimento diante da aplicação do questionário que orientou fundamentalmente os momentos das entrevistas (APÊNDICE B), onde, dessa forma, promovemos o emprego do diálogo para que se pudesse conhecer a individualidade de cada participante, já que o modo com que expressam seus sentimentos foi entendido e comunicado através da linguagem verbal e não-verbal. Foi também no momento das entrevistas que os participantes puderam compartilhar as suas experiências diante o câncer, tornando, por vezes, claro e conciso os sentimentos e significados deste processo para suas vidas, explicitando também aspectos da acessibilidade na rede de proteção social voltada ao atendimento das demandas da pessoa com câncer.

Discorrendo sobre a entrevista como importante instrumental para a realização da pesquisa, Neto (1998, p. 57) assinala que,

A entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

Por fim, vale ressaltar que durante todo o processo junto aos usuários participantes da pesquisa primamos pela individualidade de cada experiência e a privacidade destes, com o objetivo de desenvolver nosso trabalho com o compromisso de descrever e refletir os fatos tal como eles se apresentaram, sem falsificações ou distorções de informações. Trentini e Paim (1999) pontuam sobre a importância em declarar em registros, quanto à proteção dos envolvidos na pesquisa, fatores como o anonimato, o respeito e a dignidade no relacionamento, bem estar, segurança e conservação dos direitos ao não sofrimento e agravos físicos e mentais. Dessa forma, considerando a necessidade de promover a proteção dos envolvidos na pesquisa, os usuários entrevistados foram identificados com nomes fictícios como forma de preservar em sigilo sua identidade pessoal.

4.2 Análise dos Dados

Para proceder à análise do conteúdo, procuramos adotar um conjunto de técnicas que pudesse nos orientar durante este processo. Dessa forma, nos respaldamos em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens através de tabelas, onde estão inseridas as falas dos entrevistados, e através de gráficos que denotam outros aspectos relevantes e que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. Nesse estudo, os dados foram analisados de acordo com as etapas propostas por Bardin (1977, apud RADÜNZ, 2001):

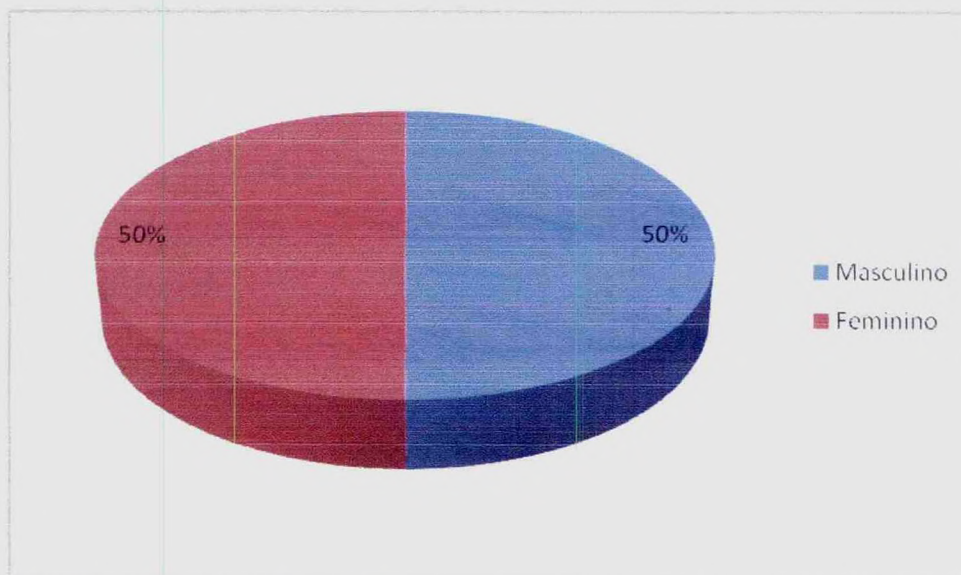
- a) **Pré-análise do conteúdo das entrevistas transcritas:** feito por meio de leituras, baseando-nos em critérios metodológicos, de aceite e de pertinência com o objetivo do trabalho. Assim, iniciamos com a transcrição das entrevistas realizadas com os 06 (seis) usuários, e após a leitura, a digitalização do material para a análise.

- b) **Exploração do material:** para tal exploração realizamos uma codificação dos dados, a partir do conteúdo previamente subdividido no questionário utilizado para desenvolver a entrevista semi-estruturada. Dessa forma, desenvolvemos o processo de classificação destes dados com vistas a ordená-los de acordo com suas semelhanças, e assim, a análise pudesse ser realizada de acordo com cada categorização.

- c) **Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação:** tendo por base os pressupostos teóricos que serviram de fundamentação para este estudo, obtidos através da leitura pertinente, procedemos ao processo reflexivo de análise, inferências e interpretação dos dados.

4.2.1 Identificação dos Usuários

Gráfico 1: Sexo



Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Como já citado anteriormente, a escolha dos usuários entrevistados ocorreu de forma aleatória, de acordo com o aceite e a disponibilidade destes em participarem da pesquisa, e considerando os procedimentos metodológicos já mencionados. Dessa forma, em nosso universo participante tivemos um total de 50% de cada sexo, ou seja, foram entrevistados 03 (três) homens e 03 (três) mulheres com câncer, internados nas Unidades do HU/UFSC, todos procedentes, mesmo que recentemente, do município de Florianópolis.

Identificando primariamente os usuários entrevistados, tivemos uma amostra diferenciada não só pelo gênero, mas também pelas idades e número de filhos.

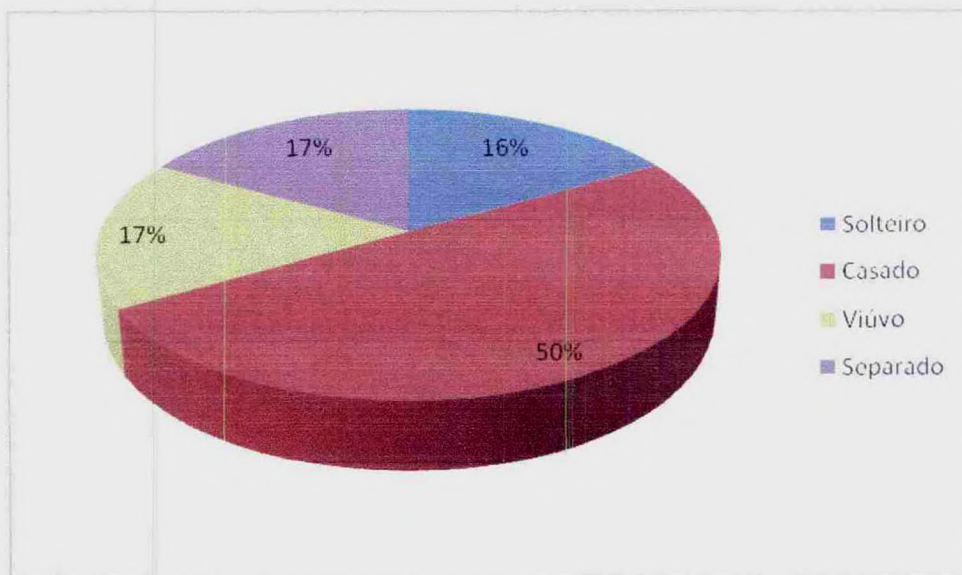
Quadro 2: Identificação dos Usuários Entrevistados

Nome	Idade	Tem Filhos?	Número de Filhos
Apolo	72 anos	Sim	05 filhos
Cronos	55 anos	Sim	03 filhos
Eros	54 anos	Sim	01 filho
Héstia	46 anos	Sim	04 filhos
Atena	33 anos	Não	-----
Hera	18 anos	Não	-----

Conforme pudemos identificar neste quadro de identificação dos usuários entrevistados, as idades dos participantes da pesquisa variam entre 18 e 72 anos, o que permite configurar a pluralidade das experiências pessoais de vida diante do câncer.

Ainda consideramos para tal análise, o estado civil destes, tendo em vista que ao analisarmos a organização familiar dos entrevistados, consideramos o pressuposto de que, sendo a família a unidade primária de cuidado que age, interage e reage com o contexto social, e cuja concepção varia de acordo com a cultura e o momento histórico, econômico e social, faz-se necessário a identificação desta, considerando que toda essa unidade primária de cuidado é afetada pelo diagnóstico do câncer. Conforme verificamos, a composição do grupo familiar de cada um é variável, a começar pelo estado civil dos entrevistados conforme apresenta o gráfico 3.

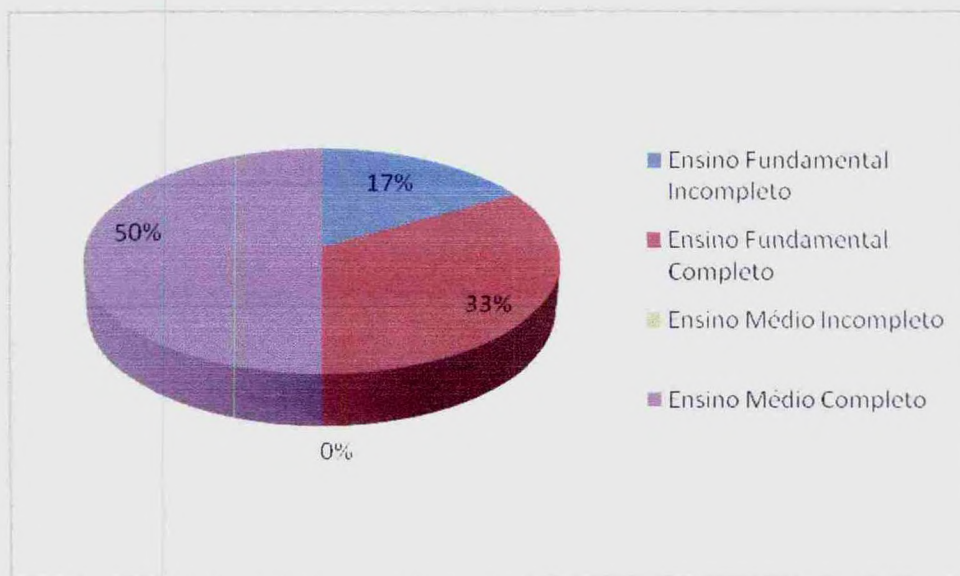
Gráfico 3: Estado Civil¹⁰



Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Ainda consideramos nesta identificação preliminar, a escolaridade dos entrevistados, onde constatamos que embora em níveis diferentes, todos os usuários, mesmo com o Ensino Fundamental incompleto, tiveram acesso à educação básica, conforme demonstração gráfica a seguir.

¹⁰ Números percentuais arredondados para escala de 10.

Gráfico 4: Escolaridade

Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Esta informação é, sobretudo, relevante ao considerarmos que o nível de educação básica, pode contribuir de certa forma, para a compreensão objetiva dos significados do câncer, muito embora consideremos que os significados subjetivos deste processo dependam de uma série de outros fatores.

Há ainda os aspectos da moradia (Quadro 3), que também nos permite visualizar o tempo de residência em Florianópolis, a situação da moradia e com quem estes usuários residem. Considerando que as entrevistas com os usuários foram realizadas predominantemente no mês de junho do ano de 2009 (dois mil e nove), deve-se considerar este mês como data base para a leitura dos dados referentes ao tempo de moradia no Município de Florianópolis.

Outro aspecto importante é a situação da moradia destes, dado ao fato de que os usuários possuem despesas fixas de suas residências, incluindo aqueles que possuem imóvel próprio. Mesmo considerando que os usuários entrevistados acessam os serviços do Sistema Único de Saúde, e que, portanto pressupõe-se, que de forma gratuita, o adoecimento, sobretudo em decorrência às doenças crônicas resulta em gastos maiores para a família e para o próprio usuário, uma vez que para se adaptar na nova realidade inerente ao processo de doença, principalmente no período de internação, a família tende a ter gastos para o traslado, para acompanhar o usuário internado sistematicamente, gastos com dietas específicas,

principalmente no período pós alta, entre outras especificidades. Quando o provedor da família é quem adoece, esta situação fica ainda mais acentuada, pois os ganhos mensais tendem a ser reduzidos em decorrência das situações de seu afastamento das atividades laborativas, o que é somado às perdas no que se refere aos ganhos por horas extras e afins.

Quadro 3 : Aspectos da Moradia

Nome	Tempo de Moradia em Florianópolis	Situação da Moradia	Com quem Reside?
Apolo	23 anos	própria	Com filha, genro e um neto
Cronos	04 meses	alugada	Com irmã e cunhado
Eros	54 anos	própria	Com cônjuge e filho
Héstia	12 anos	alugada	Com cônjuge, mãe e 4 filhos
Atena	33 anos	própria	Com cônjuge
Hera	04 anos	cedida	Com mãe, padrasto e irmã

Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Como pudemos verificar, apenas Cronos é morador recente do município de Florianópolis, enquanto os outros já fixam moradia a mais tempo. Ao identificarmos com quem estes residem, pudemos também de certa forma identificar quais pessoas potencialmente integram a rede de apoio do usuário com câncer, e quem diretamente deve ter modificado ou reordenado seu cotidiano devido a situação de enfermidade em um dos membros da unidade familiar. Apresentam-se neste quadro, configurações familiares nucleares e também mais ampliadas, como na situação de Apolo, que reside com sua filha, genro e neto e como na situação de Cronos, que atualmente fixa residência na casa da irmã e de seu cunhado para tratamento do câncer no município de Florianópolis.

4.2.2 Aspectos Sócio Ocupacionais

Dentre os usuários que participaram da pesquisa, identificamos que 03 (três) exercem atividade laborativa (50%), enquanto 1 (um) já está aposentado (16,66%) e duas não exercem atividades laborativas, estando na condição de do lar e estudante (33,33%). Destes que

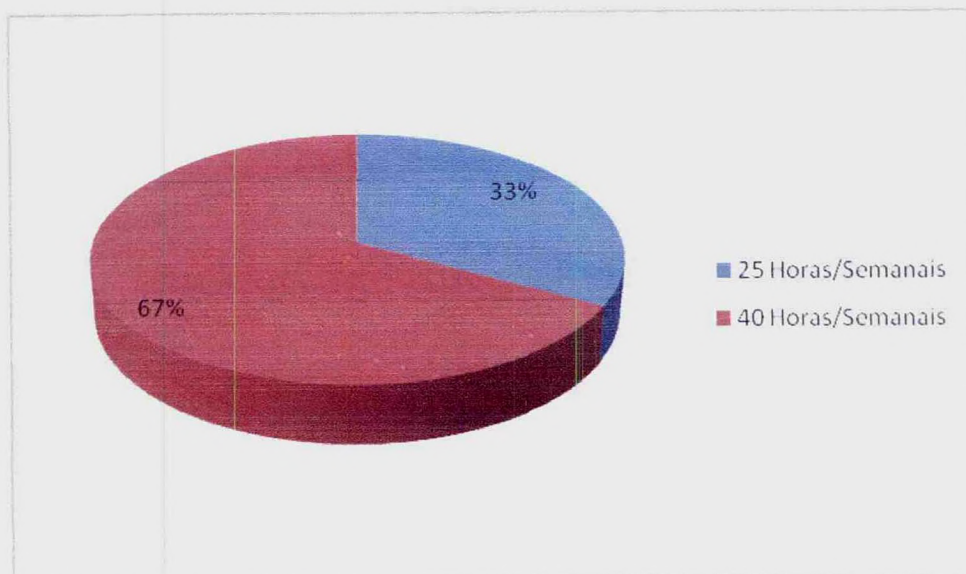
exercem atividades laborativas, apenas Eros, que trabalha em uma concessionária de veículos apontou que a atividade laborativa, o expõe a agentes de risco ao câncer, ao relatar que durante as jornadas de trabalho ele fica em contato direto com a fuligem e com o dióxido de carbono (CO₂) que sai dos escapamentos dos carros, os quais ficam em constantes testes nas dependências do seu local de trabalho.

Quadro 4 : Aspectos Ocupacionais

Nome	Profissão	Ocupação	A ocupação o (a) expõe a agente de risco?	Tempo que exerce(eu) a última ocupação
Apolo	Motorista	Aposentado	não	40 anos
Cronos	Agente de Serviços Gerais	Produtor de frios curados	não	08 anos
Eros	Comerciário	Vendedor	sim	15 anos
Héstia	Do lar	Do lar	não	Não trabalha
Atena	Agente Comunitária de Saúde	Agente Comunitária de Saúde	não	09 anos
Hera	Estudante	Não trabalha	não	Não trabalha

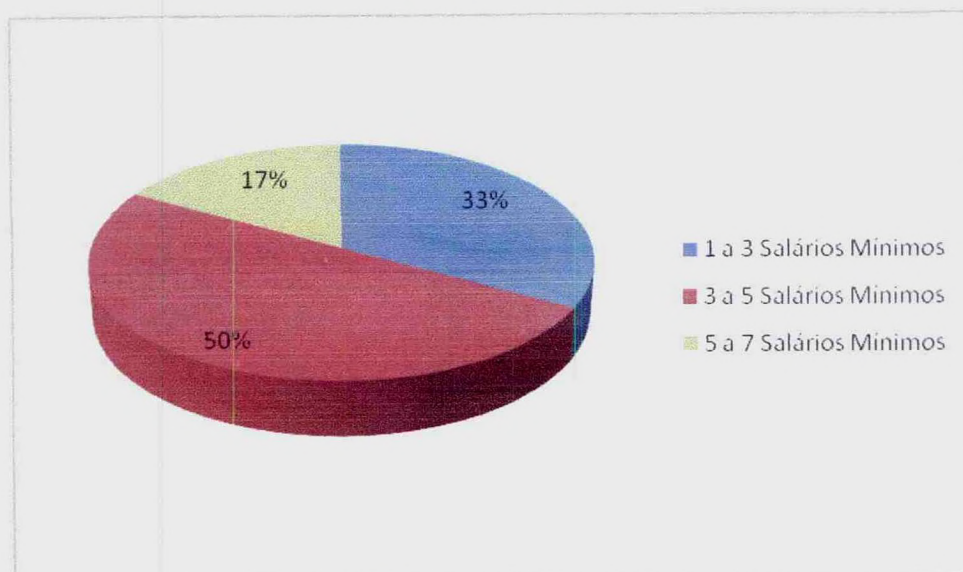
Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Discorrendo sobre as jornadas semanais dos 03 (três) entrevistados que atualmente exercem atividades laborativas (gráfico 5), verificamos que 02 (dois) usuários (66,66%) tem jornada semanal de trabalho de 40 horas, enquanto apenas Cronos, por tratar-se de um trabalhador autônomo sem vínculo empregatício, exerce uma média de 25 horas semanais de trabalho, de acordo com a demanda necessária para a produção dos produtos que fabrica.

Gráfico 5: Jornada Semanal de Trabalho

Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Consideramos um dado relevante o somatório da renda individual e familiar, pois é fato que o processo de adoecimento impõe muitas vezes novas dimensões econômicas à família, e ainda, considerando que a enfermidade é também uma construção sócio-cultural, é inevitável que esta também refrate na vida social das pessoas com câncer.

Gráfico 6: Somatório da Renda Individual e Familiar

Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Como forma de analisar os aspectos do câncer na vida dos usuários, participantes de nossa pesquisa, desenvolvemos uma análise subsequente em que apresentamos a relação destes com a enfermidade, como forma de promover uma análise sobre o impacto e a reação destes mediante o diagnóstico do câncer e a necessidade de recuperação e manutenção da saúde.

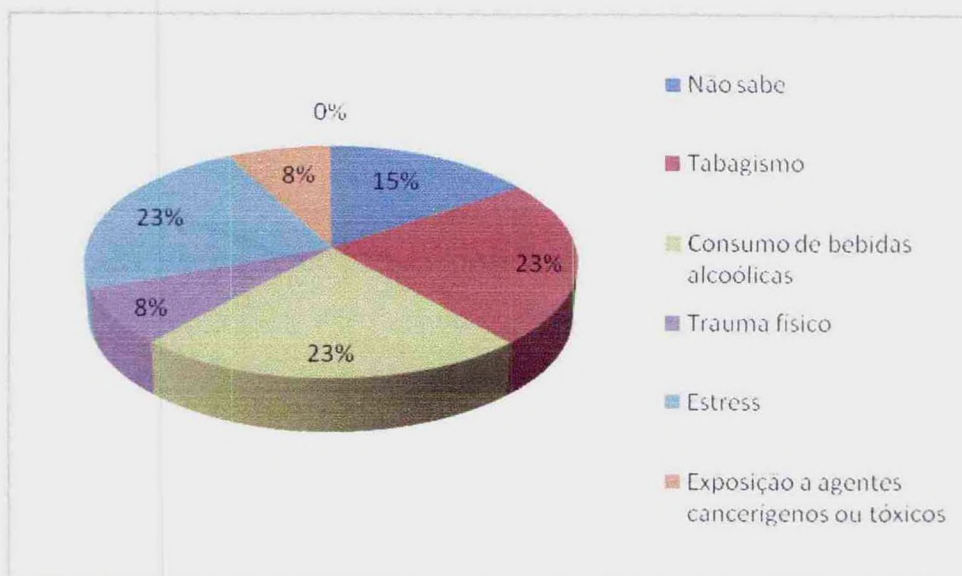
4.2.3 Impacto dos Usuários frente ao diagnóstico de Câncer

Ao pontuarmos que o câncer, hoje caracterizado como uma demanda de saúde pública possui fatores biológicos e epidemiológicos tanto quanto sociais, nos ativemos ao princípio de que esta enfermidade está intimamente relacionada a fatores resultantes do modo de vida e do ambiente, uma vez que o câncer é entendido como o resultado da exposição, ao longo da vida, a vários fatores de risco que quando vividos de forma associada podem resultar em uma causa comum capaz de tornar o indivíduo mais suscetível a esta doença, e ainda, a partir da compreensão de que, se as causalidades sociais do doença estão relacionada aos padrões e hábitos sociais como, a uniformização e precarização das condições de trabalho, nutrição e consumo desencadeada pelo processo global de industrialização; Dessa forma é essencial entender que estas expressões sociais e os novos padrões instituídos tem direta relação com o aumento da incidência de doenças crônico degenerativas, sobretudo do câncer.

Dessa forma, um dos questionamentos que realizamos junto aos usuários, no momento da entrevista, foi de verificar com estes, quais possíveis fatores estariam associados ao desenvolvimento do câncer, considerando os hábitos sociais de cada um.

No questionário, elencamos algumas alternativas como forma de orientar sobre alguns fatores potenciais de risco ao câncer, contudo havendo possibilidade para a escolha de mais de um fator, contando ainda com a possibilidade para inserção, por parte do usuário, de algum outro fator não apresentado no questionário aplicado. Dessa forma, o gráfico com as respostas dos usuários tiveram por base fidedigna as suas repostas ao referido questionamento, mesmo que em uma maior análise da literatura específica não demonstre que algumas possíveis repostas apresentadas tenham relação com o câncer, como por exemplo, o estresse, o trauma físico, o que por outro lado parece evidenciar que os próprios usuários não absorveram, não sabem, ou não receberam esclarecimentos sobre os fatores que possam estar associados ao desenvolvimento do câncer.

Gráfico 7: Fatores associados ao desenvolvimento do Câncer



Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Conforme identificamos no gráfico 7, parte dos usuários que identificaram potenciais fatores de risco ao câncer, enunciaram, de acordo com as categorias de Servantes (2007), fatores de ordem externas (ambientais), sendo relacionados aos de ordem sócio-ocupacionais e de consumo de risco, como no caso do tabagismo e do alcoolismo por 50% dos entrevistados. Ainda foi apresentado, de forma espontânea, por 3 (três) entrevistados a apresentação do estress como fator de risco associado ao desenvolvimento do câncer.

Mesmo considerando os fatores de risco ao câncer, ninguém dificilmente espera o diagnóstico como se este fosse inevitável, ao contrário disso, o que se observa é um forte impacto diante da surpresa do diagnóstico, em que normalmente os usuários esboçam reações emocionais desencadeadas pelo sentimento de incerteza e temores diante da doença. Isto pode ser comprovado pelos usuários entrevistados, quando questionados sobre o momento em que souberam do diagnóstico e como souberam.

Quadro 5 : Aspectos do Diagnóstico

Nome	Quando soube do diagnostico?	Como soube do Diagnóstico?
Apolo	Fevereiro de 2007	“Soube da doença quando fui fazer exame de <i>check up</i> , não foi exame para saber se tinha alguma doença dessa. Era de rotina. Foi mais a minha filha que soube de tudo porque ela falou com o médico”
Cronos	Abril de 2009	“Eu tive uma briga num bar lá a um tempo e fiquei com perda de visão de um olho. Daí depois de um tempo me deu um inchaço no pescoço, desse lado (lado direito). Minha irmã me trouxe pra Florianópolis para ver o que era, e no exame que o médico pediu deu que tinha o problema”.
Eros	Maio de 2009	“Eu soube com o médico aqui do HU, porque ele tinha me pedido exames... Eu andava me sentindo mal... assim meio indisposto, sabe como é? Daí eu fiz ultra-som, endoscopia, mas eu acho que acusou mesmo no exame de sangue, daí depois eu fiz a colonoscopia e quando a gente foi levar o resultado o médico primeiro conversou com minha mulher, mas ela já sabia porque ela tinha visto na internet quais as doenças que podiam ser, por causa que num exame foi identificado, o sangue nas fezes.”
Héstia	Agosto de 2008	“Eu fiz exame porque senti muita dor no seio, até na hora de estender a roupa. Daí eu fiz os exames e na biópsia acusou que o nódulo era maligno e que tinha que tirar antes que crescesse...Na hora foi assustador!”
Atena	Abril de 2009	“Eu cheguei as 9:00 horas do dia 28 de abril na consulta com o médico do HU para mostrar os exames, porque 21 dias antes eu já tinha passado pelo médico do posto, porque sentia muita dor do lado direito. Só que o médico do posto só passou medicação. Aliviou a dor, mas de um tempo mais pra cá, eu comecei a sentir tontura e tive febre alta a alguns dias atrás. Daí eu voltei no médico e pedi pra fazer exame, e vim pro HU pra mostrar pro médico daqui, que olhou e deu a notícia. Quando ele falou eu me senti muito mal, muito mal mesmo, porque na minha família não tem histórico de câncer... Foi um baque! Eu não estava esperando que pudesse acontecer com a gente, né?”
Hera	Fevereiro de 2009	“Assim... os motivos o médico ainda não me informou, mas tipo... começou no início do ano, em janeiro, com um inchaço na região do pescoço. Nesse tempo ainda tive pneumonia e gripe e fui pra emergência do Florianópolis. Lá me deu parada respiratória e eu tive que fazer uma tráqueo, só que eu já tirei porque precisei ficar só dois meses. Daí o médico me mandou aqui pro HU, porque tava dando complicação e pra ver do inchaço, porque o médico do Florianópolis, tava achando que fosse da tireóide. Daí fizeram o exame pra investigar e deram o laudo com o resultado.

Este “impacto” diante do diagnóstico pode ser ainda mais confrontado na fala de nossos entrevistados, quando a pergunta dirigida foi mais específica, e questionamos sobre como foi a reação destes diante do recebimento do diagnóstico.

Quadro 6 : O impacto diante do Diagnóstico

Nome	Estádio do câncer	Como reagiu diante do diagnóstico?
Apolo	Intermediário, não evasivo	“Fiquei assustado na hora, mas não adianta correr. Minha filha foi que viu o que tinha que fazer pra tratar, porque eu moro com ela e ela conversava mais com o médico pra saber das coisas direitinho”
Cronos	Avançado	“Quando eu soube o pescoço já tava todo inflamado, porque ninguém dava jeito. Doía tanto que eu nem podia trabalhar, daí a minha irmã me trouxe pra casa dela e começamos a pesquisar no médico o que podia ser. Foi no exame que descobriram, mas eu acho que pode ter sido por causa da briga, porque eu até perdi a visão do olho direito”
Eros	Não sabe. Espera por investigação médica	“Pessimamente! Se tu quiser que eu resuma como eu me senti na hora. Eu não esperava! Quando o médico tinha pedido a colonoscopia ele já tinha adiantado o que podia ser, mas eu só fui acreditar mesmo quando ele falou do resultado do exame. Não esperava! Sabia que podia ser, mas não esperava!”.
Héstia	Inicial	“Eu comecei a sentir muita dor no seio e até mesmo no corpo. Eu achava que a dor podia ser só dos nervos, por causa dos problemas em casa, mas daí eu vim fazer exame pra checar e deu o resultado. Na hora eu só lembro de ter pedido força à Deus, porque é muito difícil”.
Atena	Inicial	“Quando eu soube eu fiquei muito mal, mais porque eu não sabia que tinha um outro tipo que podia ser tratada com quimio e sem precisar de transplante. Daí até saber disso, fiquei bem assustada, mas agora já tá tudo bem. Tem que enfrentar, né? Não adianta ficar com medo e não fazer o que tem que fazer. Eu não sei direito porque eu desenvolvi, mas o meu esposo chegou a conversar com o médico e parece que pode ser algum motivo emocional, mas eu ainda nem perguntei sobre isso... Ainda não deu tempo, né? Sei que tava no início.”
Hera	Não sabe	“Foi difícil porque no início eu não aceitava. Eu não aceitava ficar aqui no Hospital, deixar a minha casinha, o meu cabelo cair! Hoje tá mais normal, mas no início foi bem difícil de aceitar toda essa mudança, porque acaba sendo uma mudança!”

Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Não há como negar que o câncer tem um impacto significativo sobre as pessoas que

convivem com essa experiência, o que pudemos comprovar nas respostas dos usuários no quadro 6. Nestas falas pudemos verificar o quanto o câncer é uma enfermidade que simboliza algo negativo e que tem um caráter místico, assustador e impregnado de significações e com significado de “mudança”. Sobre este ideário metafórico, Nunes (2002, p.99) ressalta que,

o estigma criado em torno da doença é muitas vezes agravado pela dificuldade dos profissionais de saúde em passar para o doente a esperança de um prognóstico favorável para a doença. As incertezas em relação às respostas biológicas e emocionais das pessoas à doença, mesmo entre profissionais de saúde, corroboram para o agravamento dessa situação.

Como já apresentamos, de forma geral, as pessoas utilizam vários suportes ao interagir com o processo de câncer em sua família, atribuindo diversos significados para a patologia. Em geral, o câncer é visto sob duas perspectivas bastante distintas: de um lado, representando frustração, limitação e finitude; de outro lado, representando mudanças com uma nova forma de se ver no mundo, refletir sobre sua existência e viver a vida. Essas formas de visualizar a doença e o que advém dela repercute em diferentes momentos nas falas dos entrevistados quando estes, embora expondo que ficaram assustados, na grande maioria, procuraram romper com o susto inicial e passaram a reconhecer a necessidade do tratamento e a capacidade de recuperação da saúde.

Este processo, já apresentado outrora, é compartilhado por Kubler; Ross (1985, *apud* SILVA, 2000), que aborda as fases diante do diagnóstico do câncer, a saber: “negação”, “raiva”, “negociação”, “interiorização” e “aceitação”.

Na fala de Hera,

“Foi difícil porque no início eu não aceitava. Eu não aceitava ficar aqui no Hospital, deixar a minha casinha, o meu cabelo cair! Hoje tá mais normal, mas no início foi bem difícil de aceitar toda essa mudança, porque acaba sendo uma mudança!”

Este processo fica evidente em algumas etapas compartilhadas por Kubler; Ross (1985, *apud* SILVA, 2000), onde de início houve a negação, seguida da interiorização e por fim a aceitação. É evidente que tratam-se de sentimentos e experiências subjetivas, nosso intuito não é de dimensionar quantas dessas etapas (*ibidem*) foram vivenciadas, mas identificar que, de forma expressa ou não, cada usuário passou por estas, respondendo de forma muito particular diante de cada situação, conforme pudemos identificar em todas as falas, quando os usuários fazem referência ao medo que sentiram diante do diagnóstico e a

necessidade que têm de “enfrentar” a situação para o restabelecimento total da saúde.

Quando afirmamos que o câncer modifica a dinâmica da família, sobretudo do indivíduo, consideramos não apenas os significados subjetivos, como o impacto do diagnóstico e prognóstico, mas também as mudanças objetivas no cotidiano dos usuários, a saber, pelos extensos períodos de internação, ou submissão a tratamentos medicamentosos, por vezes desgastantes. O “medo de cair o cabelo” é o medo de ser mutilado, de verificar visivelmente o comprometimento da saúde, é o medo da perda, e não apenas uma questão estética.

Sobre o reordenamento dos usuários, diante da necessidade de internação Marcelino (2000, p.70) enfatiza que,

[...] talvez uma diferença importante entre a casa e o hospital encontre-se na adequação das atividades às aptidões e limitações individuais dos cuidadores. Não é comum o respeito a estas condições humanas em um ambiente hospitalar. Todos fazem tudo, ou seja, os procedimentos são distribuídos pela categoria profissional.

Agir “pessimamente” no momento em que é dado o diagnóstico não é manter por todo o tempo uma visão fatalista do câncer, mas sim uma das expressões de que de fato a notícia não era esperada. Nas falas dos usuários entrevistados é possível identificar que, embora tenha-se tido o susto inicial, todos procuraram, de alguma forma, a interiorização do diagnóstico, considerando que a aceitação ativa da situação é um dos primeiros passos para a manutenção e recuperação da saúde.

Uma vez recebido o diagnóstico do câncer, o usuário tem como necessidade estar inserido em uma rede de proteção social que atenda as suas demandas na busca pela recuperação e manutenção da saúde. Dessa forma, a relação com os serviços voltados ao seu atendimento torna-se não apenas usual, mas vital. Considerando esta premissa, abordamos com os usuários entrevistados, os aspectos e características da acessibilidade aos serviços da rede de proteção social voltados ao atendimento destes.

4.2.4 Características da acessibilidade

Quadro 7 : Características da Acessibilidade

Nome	Quais serviços já acessou para o tratamento?	Qual o intervalo e frequência de acesso?	Quem auxilia no acesso?
Apolo	Serviço de radioterapia do CEPON e HU	Os exames de anatomia patológica foram feitos de acordo com solicitação médica (usuário não soube informar quantos realizou) (sic). Sobre as sessões de radioterapia, este relatou que “fazia a radioterapia, uma vez por dia, todo dia”. Após cessadas as sessões de radioterapia (de acordo com o número prescrito pelo médico), este continuou com acompanhamento de 3 em 3 meses e depois a cada seis meses, apenas para acompanhamento da evolução clínica.	Sua filha e seu genro, com quem reside.
Cronos	Hospital Regional de Joinville, HU e CEPON	Não sabe o número, mas relatou que será acompanhando semanalmente no CEPON por tempo ainda indeterminado (sic)	As irmãs e o cunhado
Eros	HU	Ainda está fazendo exames para que seja concluído o prognóstico e a necessidade e tipo de tratamento (sic).	Cônjuge e o sobrinho
Héstia	HU, CEPON e Unidade Básica de Saúde local	“Já fiz duas seções de quimioterapia, mas não sei dizer se ainda vou fazer mais”.	Cônjuge
Atena	Unidade Básica de Saúde local e HU.	“Ainda não sei direito porque ainda não me explicaram tudo certinho. Mas pelo que sei, é uma sessão de quimio por semana e acompanhamento médico de 15 em 15 dias, mesmo depois que for de alta. Por um tempo de 2 anos e 8 meses, parece...”	Cônjuge, irmã e cunhado
Hera	Hospital Regional de Florianópolis, Unidade Básica de Saúde local e HU.	“Eu já fiz 4 sessões de quimio. É uma por mês, e ainda falta quatro...quatro meses. Daí eu fico umas duas semanas internada aqui no hospital e duas semanas em casa, até completar mais 4 meses”	Os pais

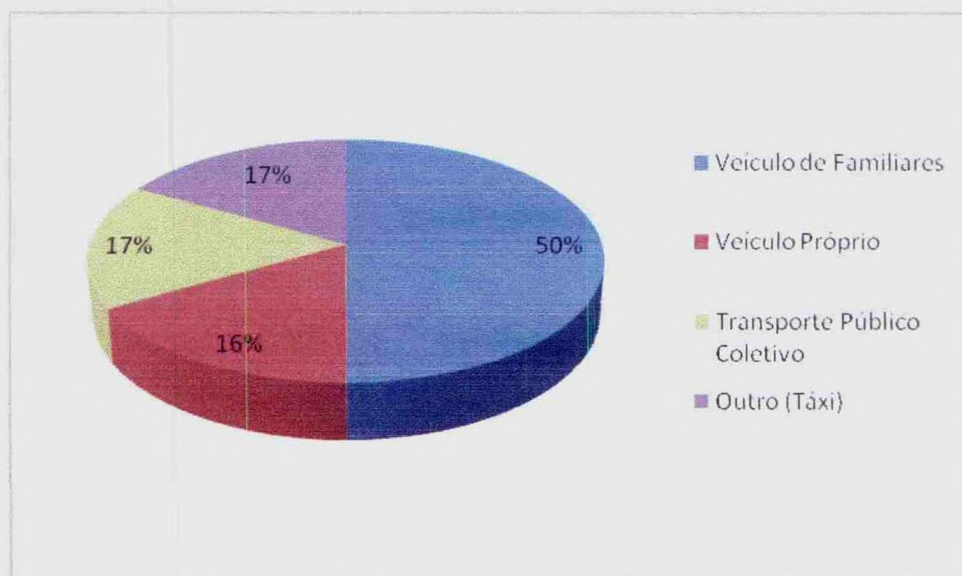
Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Verificamos uma pluralidade no que diz respeito à acessibilidade aos serviços voltados para o tratamento do câncer. Este quadro variado é resultado da diferenciação dos tempos de diagnóstico de cada usuário (confronte no quadro 5). Enquanto uns já acessaram serviços para o tratamento do câncer e já tem inclusive prognóstico de quantas sessões de tal procedimento deverão se submeter, outros ainda se encontram em processo de prognóstico ou desconhecem

parte deste, não sabendo afirmar sobre a continuidade do tratamento.

De acordo com as falas de Hera, Atena e Apolo estes tem um processo de alta/internação constante, ou de constante retorno para tratamento terapêutico, apresentando uma tendência, de que quando o usuário tem possibilidades clínicas para este tipo de acompanhamento e mediante prescrição médica esta alternativa é adotada. Assim, se enseja outra demanda: Como se locomover para prosseguir no tratamento de saúde? Para tal, questionamos com os usuários entrevistados, para identificar com estes, os meios de transporte utilizados para tais procedimentos.

Gráfico 8: Meio de transporte utilizado para o tratamento ¹¹



Elaborado por: Jony Alberto Correia.

De acordo com as informações obtidas, 03 (três) dos 06 (seis) usuários participantes da pesquisa (50%) acessam os serviços da rede de proteção social, essencialmente os serviços de saúde, deslocando-se através do veículo de familiares. Apresentam o entendimento de que a família, mesmo em uma compreensão mais extensa, caracteriza-se por ser um corpo social, ou seja, uma rede de interações que pode assumir diferentes formas de apoio social; por exemplo, quando organiza-se para acompanhar o usuário em todos os momentos em que é necessário se deslocar para os atendimentos, para o lazer e outros, o que nos remete a afirmação de que toda a unidade familiar, a partir de sua estrutura de funcionamento interno, constituída por

¹¹ Números percentuais arredondados para a escala de 10.

posições e papéis, tem ou deveria ter, de fato, várias atribuições, dentre elas, inclusive o cuidado de saúde para com seus membros.

Ainda foi apresentado por um dos usuários que este faz uso do transporte público coletivo para se deslocar nos momentos em que precisa acessar um tratamento de saúde. Um entrevistado acessa através do carro próprio da família e um último entrevistado apresentou que, devido a impossibilidade de deslocar-se com o transporte coletivo público e não tendo carro próprio nem ninguém da família como referência para auxiliar no traslado, este é realizado através do serviço de Táxi, e que de acordo com a entrevistada gera despesas volumosas para a família. Para tal, segundo o relato desta, a família, às vezes, adota como estratégia, o pagamento de pessoas conhecidas, que disponham de veículo próprio, para efetuar o traslado, mas como este acompanhamento se dá em dias alternados, por vezes, a remoção é realizada de forma mais dispendiosa.

Esta não é apenas uma estratégia alternativa, mas uma estratégia essencial. Questionada sobre a possibilidade de conseguir ser transportada por veículo da Secretaria Municipal de Saúde, a entrevistada afirmou que conseguiu uma única vez ser trazida por este serviço, e que em novas tentativas recebeu negativas das Unidades de Saúde. Nossa compreensão de saúde, partindo de uma concepção ampliada, se choca com esta posição. Se o papel do Estado é garantir que a saúde possa ser restabelecida, como este pode fazê-lo de forma fragmentada?

Segundo a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080/90 em seu artigo 2º, inciso 1º a LOS estabelece que:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Por ora, como já apresentamos, em termos teóricos, muitas vezes o Estado se posiciona como agente eficaz, no entanto, quando nos atemos a uma compreensão ampliada do significado de saúde, ou mesmo quando nos remetemos a legislação competente na qual o Estado deveria se orientar, identificamos defasagens tão estruturais que, de forma alguma, pode-se atribuir ao Estado um mérito de provedor incondicional.

Para elaborar um item que também identificasse os facilitadores no acesso, questionamos os usuários, se algum deles já havia acessado algum benefício específico

voltado à pessoa com câncer e quais os facilitadores encontrados no acesso. Os dados estão dispostos no quadro a seguir.

Quadro 8 : Identificação de Facilitadores no Acesso

Nome	Acessou algum benefício específico ?	Identifica facilitadores no acesso? Se “Sim”, quais?
Apolo	Não	“Só a minha filha mesmo, porque hoje em dia ninguém mais quer cuidar de velho! Meu genro também ajuda, mas a minha filha é que sempre fala com os médicos, vê os exames que precisa e sempre me acompanha.”
Cronos	Não	“Bem o apoio da minha família foi bem importante, porque quando eles me viram naquele estado, logo me trouxeram pra me tratar em Florianópolis, porque o médico de lá não dava conta. Mas também o que ajudou foi porque aqui no HU eles logo começaram a fazer os exames”.
Eros	Auxílio doença, em decorrência do Câncer	“Eu não vou mentir pra ti, mas gente e coisa pra ajudar eu tive pouco! Aqui no HU eu não tenho nada a reclamar, só tem me ajudado, mas hoje em dia pra conseguir um carro com a prefeitura, a pessoa morre em casa. Facilitador mesmo só aqui no HU, porque eles sempre agilizam os exames, sempre preparam certinho...e claro minha mulher que sempre fica comigo e meu sobrinho que sempre me dá uma força quando preciso me deslocar”.
Héstia	Não	“ Olha ainda bem que o médico que fez os exames me acompanhou. Ele facilitou um monte de coisa, porque solicitava o tratamento direto com os lugares que precisou, daí acho que isso me ajudou bastante, pra não ficar me desgastando procurando atendimento e não conseguir”.
Atena	Auxílio doença, em decorrência do Câncer	“Ai, hoje... acho que hoje em dia isso existe sim... Eu acho que, com certeza, ajudou no posto pelo acesso que eu trabalho lá e também tem meu esposo que trabalha aqui no HU de vigilante...dai...eu acho que ajudou, sim, né?”
Hera	Conseguiu transporte com a Secretaria de Saúde uma vez.	“Acho que até tem...mas é tudo junto. O HU, o posto de Saúde. O posto de Saúde já conseguiu até carro pra me trazer. Mas com a prefeitura é difícil!”

Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Na maioria das falas, o que verificamos é a abordagem da família como mecanismo facilitador no acesso. Conforme já apresentamos, Silva (2000, p. 67) identifica que a presença da família, é imprescindível, pois “[...] é improvável que um indivíduo isolado seja capaz de

mobilizar uma rede social, assim que ele adoça, caso não tenha estabelecido contatos previamente.” Considerando que os serviços voltados ao atendimento da pessoa com câncer é acessado mediante a situação de doença, a família torna-se não só o suporte mas também um importante mecanismo no processo de acessibilidade.

Ainda tratando dos facilitadores no acesso, dois usuários entrevistados (Eros e Héstia) identificaram a importância dos profissionais e dos serviços de saúde para consolidação da acessibilidade. E Atena apresentou a resposta mais diferenciada, ao identificar sua proximidade com os serviços da rede de proteção social, como maior facilitador no acesso.

Outra consideração importante é o reconhecimento em algumas falas sobre o atendimento no Hospital Universitário. Esta identificação talvez se dê pelo fato de que estando internado no HU, o usuário passa a ser atendido em muitos aspectos, dado ao fato de que o quadro de profissionais atuando nas unidades de internações são multiprofissionais. Nogueira (1997) tratando da temática da interdisciplinaridade expõe que esta possibilita integrar os conhecimentos, ao passo que tal integração é elemento essencial para que os usuários não sejam vistos apenas como portadores de uma doença, mas que por meio dessa atuação multiprofissional, ele possa ser atendido em todos os seus aspectos e que a doença, possa ser abordada considerando-se suas determinantes psicossociais e as demandas dos sujeitos, inclusive as subjetivas.

Outra consideração é o fato de que estando internado no HU, o usuário com câncer tende a ter acesso aos serviços através de contra-referência e encaminhamentos internos e diretos com outros serviços específicos voltados ao seu atendimento, o que priva parcialmente estes usuários das buscas ativas aos serviços, e de muitas outras intercorrências, como: as “filas” para poder acessar os serviços; a falta de “transporte” para se locomover para os serviços de saúde, tendo em vista que ou os usuários efetivam seu tratamento no próprio HU ou são encaminhados com transporte da instituição para unidades externas de tratamento; o constante acompanhamento por médicos, que potencialmente tende a propiciar maiores contatos com estes profissionais, de forma que o usuário tende a sentir-se clinicamente acompanhado por estes e pelos profissionais de enfermagem; a atuação do Serviço Social junto a estes usuários, contribui para que estes passem a identificar seus direitos diante da condição de saúde e ainda possam ser atendidos dentro de uma concepção mais ampliada que considere suas necessidades psicossociais, o que é feito através das intervenções dos assistentes sociais; o acompanhamento psicológico, que auxilia o usuário também nestes aspectos e no enfrentamento à doença, também de forma subjetiva.

Enfim, muito embora a unidade hospitalar seja um local diferente do lar de cada

usuário, esta tende a servir como um referencial facilitador, considerando-se os mecanismos que oportuniza aos internados em muitos aspectos, como anteriormente elencados.

Como contraponto, questionamos os entrevistados sobre a existência de barreiras de acesso, o que verificamos no quadro 9, a seguir:

Quadro 9 : Identificação de Barreiras no Acesso

Nome	Procurou algum benefício específico e não conseguiu acessar ?	Identifica barreiras no acesso? Se “Sim” quais?
Apolo	Não	“Ah, Sim! Tem muita fila. Eu não precisei ficar esperando, mas a gente que precisa sair pra fazer os exames vê que muitas pessoas ficam esperando porque tem muita gente que precisa.”
Cronos	Não	“Pra mim tem médico que demora muito pra pedir o exame pra saber o que a pessoa tem, daí quando dão o resultado errado, complica tudo, porque até tomar o caminho certo de novo, a doença se alastra.”
Eros	Transporte com a Secretaria de Saúde	“ Eu acho que houve, mais fui eu mesmo que criei por causa do meu desespero na hora que soube. Até cair a ficha, a gente fica meio sem saber o que fazer, e eu fiquei muito apavorado. Talvez se tivesse tido uma ajuda psicológica não teria sofrido tanto...Mas barreira, assim ao ponto de não conseguir acessar algum serviço eu acho que não tive não, só o meu desespero mesmo!”
Héstia	Não	“ Eu acho que tem porque hoje em dia infelizmente a gente depende muito da boa vontade dos outros. Pra marcar um exame no posto, demora meses, as vezes anos! Daí quando pode fazer já ta com um problema mais sério. Acho que falta serviço pra atender e profissionais melhores - no posto principalmente!”
Atena	Não	“No meu caso eu acho que não, pelo motivo de eu conhecer os lugares para poder consultar, trabalhar no posto de saúde, daí acho que fica mais fácil. Pra mim, eu não tive dificuldades não.”
Hera	Transporte com a Secretaria de Saúde.	“O transporte! O transporte é a maior dificuldade. Por aqui no HU a gente ta sendo bem atendido, recebe alimentação pros acompanhantes, mas conseguir o transporte com a prefeitura é bem difícil. Pra vir pra cá e pra ir de alta, a gente tem que pagar até táxi, quando não consegue carona pra levar”

Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Apenas Atena, considerando em sua resposta o mesmo motivo de facilitador de acesso, não apresentou barreiras para o seu atendimento dentro da rede de proteção social. Apolo, também embora tenha afirmado que não tenha se deparado com barreiras de acesso, apresentou a identificação de dificultadores no acesso através da observação de dificuldades encontradas por outros usuários. Conforme pudemos confrontar nas falas, também foram identificados como barreiras de acesso a forma como está organizado e se é gerenciado os serviços de saúde, com destaque para a disponibilidade do transporte. Eros, diferenciando-se das tendências das respostas, citou como maior barreira de acesso o seu comportamento diante do diagnóstico, dimensionando este dificultador como um sofrimento (sic), e identificando que se tivesse disponível acompanhamento psicológico durante este processo poderia ter amenizado o impacto enfrentado.

Estas respostas remetem às nossas considerações anteriores sobre os facilitadores no acesso. É perceptível que muitas das barreiras elencadas, são parcialmente diluídas durante o período em que o usuário estando internado acessa os serviços com o auxílio direto de outros profissionais, seja através da contra-referência ou por meio de encaminhamentos expressos. Conduto, como a acessibilidade não é apenas a disponibilidade ou a entrada aos serviços, conforme argumenta Donabedian (1988), nosso questionamento foi em torno do julgamento que os usuários faziam a respeito dessa disponibilidade e à qualidade dos serviços e do atendimento, conforme quadro 10.

Quadro 10: Aspectos da Disponibilidade e da Qualidade dos Serviços

Nome	Como julga a disponibilidade dos serviços?	Como julga a qualidade dos serviços e do atendimento?
Apolo	“Pelo tamanho do Brasil, ta normal! Tem país muito menor que não tem nem serviço pra atender a saúde. Mas tem que melhorar muito”	“Não sei, mas acho que média. Ainda tem muita fila. Só vai ser melhor quando mudar esses sistemas e as pessoas que agendam. Por isso tem fila e as vezes demora um tempo que não devia”
Cronos	“Eu acho que tem serviços disponíveis e até equipamentos pra fazer os exames e os tratamentos. Mas no caso, o problema está na administração desses equipamentos e dos serviços, que daí faz parecer que falta meio pra poder atender, mas, meio têm, só que não é bem administrado.”	“A demora pra fazer os exames eu acho regular. Tem que melhorar mais! O atendimento de forma geral é bom, mas longe de cem por cento!”

Eros	“Na área de saúde, assim dos exames e aqui do HU ta tudo ok!, anda bem rápido. Mas por exemplo com o transporte da prefeitura, não é disponível como eu acho que deveria ser nessas situações”	“Estou achando muito bom! O pessoal que trabalha aqui é sempre bem disposto, acessível. Estamos recebendo até o almoço pra acompanhante! Isso ajuda muito porque daí gera menos gasto, porque ficar doente, mesmo usando o SUS, dá muito gasto.”
Héstia	“Disponibilidade tem, agora gente capacitada pra fazer funcionar é que ta faltando!”	“Depois de conseguir acessar, fica boa, mas o difícil é conseguir acessar, aí que está o maior problema.”
Atena	“Se não tiver alguém conhecido, eu acho que é bem difícil de conseguir ser atendido, porque eu acho que tem pouco lugares assim... lugares especifico para fazer o tratamento”	“No posto o médico de lá, demorou muito para pedir o exame. Eu já tava ruim! E ele demorou muito para pedir...Na primeira consulta que tive com ele, ele já deu o diagnóstico errado, lá a qualidade é ruim, mas aqui no HU até é bom o atendimento, mas no posto, teve essa demora!”
Hera	“Acho que tem disponibilidade dos serviços, mas o que mais falta é a vontade das pessoas que trabalham nos setores, pra poder fazer funcionar”	“Eu acho que é bem boa. Até agora a gente só foi bem atendida. Por médico, enfermeira, do Serviço Social também o pessoal atende bem...Eu acho que é bom.”

Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Na fala de Apolo, a compreensão de que os dificultadores de acessibilidade do sistema de proteção social, é resultado do “tamanho do Brasil”, não é pessimista nem acrítica, pois este considera de forma complementar em sua resposta que “[...] tem que melhorar muito”. Dessa forma, considerando elementos de sua resposta sobre a disponibilidade, ao ser questionado sobre a qualidade destes serviços, o usuário avaliou como “média”.

Já Cronos, Héstia e Hera, conduziram as suas respostas na mesma perspectiva, atribuindo a pouca (ou defasada) disponibilidade à funcionalidade direta dos serviços. Eros remeteu a falta de disponibilidade de transporte garantido efetivamente pelo Estado e Atena, expôs que identifica poucos lugares de referência para realizar o tratamento.

Discorrendo sobre a qualidade dos serviços e do atendimento Eros e Hera, não consideraram, em suas locuções, a disponibilidade quando responderam sobre a qualidade, procurando deixar mais evidente o grau de atendimento e de atenção recebida como satisfatória. Já os outros entrevistados apresentaram que os serviços e o atendimento em determinada parte do processo de suas experiências particulares, poderiam ter sido melhores. Por ora, deve-se considerar tais contribuições, tendo em vista que uma demanda que parece ser individual, muitas vezes é também coletiva e como tal deve ser abordada, inclusive pelo Serviço Social.

Por fim, como última pergunta de nosso questionário aplicado no momento em que realizamos a entrevista junto aos usuários com câncer, deixamos um espaço livre suscitando a eles sugestões para a melhora no acesso e na qualidade dos serviços. Esta na verdade serviu como um momento em que os usuários puderam sintetizar as suas identificações já feitas, quando mencionaram outros aspectos como as barreiras e os facilitadores no acesso, conforme pudemos verificar.

Quadro 11 : Sugestões para melhora no Acesso e na Qualidade dos Serviços

Nome	Que sugestões fornece para que o acesso e a qualidade dos serviços e do atendimento seja melhorada?
Apolo	“Pra melhorar? Ah, meu filho, tem que começar tudo de novo! Tem que começar uma estrutura nova!”
Cronos	“Acho que tinha que ter profissionais pra acompanhar a gente em casa, principalmente depois de fazer cirurgia. E também deveria ser pedido mais de um exame para ter certeza do que a pessoa realmente tem”.
Eros	“Tem que melhorar quem controla o sistema, pra que a qualidade possa melhorar mais também.”
Héstia	“Deveria começar no posto e ir até os hospitais. Os serviços deveriam ser mais disponível e precisaria rever a demora do atendimento”
Atena	“Eu acho que tem que ter mais agilidade nos resultados dos exames, porque isso tem sido bem ineficiente.”
Hera	“Acho que tem que ter um diagnóstico mais bem explicado, porque, na minha opinião, as vezes falta comunicação, daí o paciente não sabe o que ta acontecendo, quanto tempo vai durar, o que vai precisar fazer pra ser tratar. Acho que pra melhorar, isso seria bem importante.”

Elaborado por: Jony Alberto Correia.

Como outrora ressaltamos, a acessibilidade completa não se resume ao acesso, ao uso ou a disponibilidade dos serviços, mas sim ao grau de satisfação e de atenção fornecida aos usuários, à possibilidade de continuidade no tratamento, à disposição dos serviços de forma a garantir o acesso de forma adequada, sem prejuízos para os usuários. Assim, se exerce o acolhimento das demandas apresentadas considerando as especificidades de cada um, contudo dimensionando as necessidades do coletivo, de forma a orientar as intervenções necessárias para que acessando os serviços da rede de proteção social, esta acessibilidade possa ser realizada de forma integral e com vistas à resolutividade das demandas trazidas.

Considerando estas exposições, finalizamos este trabalho exploratório como um espaço que mostrou-se rico em muitos aspectos, pois foi considerado não apenas o uso do serviço como um sinônimo de acessibilidade, mas sim, toda uma gama de fatores que, mesmo que de forma tímida, procurou identificar com os usuários o maior conjunto de determinantes possíveis para que se pudesse concluir que neste trabalho o objetivo foi seguido, e considerasse: alcançado! - que foi de compreender os aspectos da acessibilidade aos serviços da rede de proteção social voltada à pessoa com câncer, na perspectiva destes usuários, como já dissemos: motivadores e protagonistas deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo possibilitou maior compreensão acerca do câncer, em uma perspectiva diferenciada, ao passo que abordamos esta temática considerando a doença também sobre a égide sócio-cultural, discutindo sobre as suas causalidades e as formas de enfrentamento desta no decorrer dos tempos, incluindo um abordagem sobre os significados metafóricos que permeiam tal enfermidade. De acordo com Girondi (2004) dificilmente existe outra doença que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um dos seus estágios, como: o choque do diagnóstico, o medo da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, efeitos da radioterapia e quimioterapia adjuvantes, o medo de sofrer de dor e de encarar a morte indigna.

É fato que o surgimento de uma doença tende a vir acompanhado de um impacto psicossocial, sobretudo quando o diagnóstico é de uma doença crônica, ou ainda, quando é permeada por múltiplos significados metafóricos, como o câncer. A doença, dentro de uma compreensão psicossocial, não infere apenas na saúde física de um indivíduo, mas em seu cotidiano, e no de sua família, de forma direta e indireta. Ainda por vezes há, diante do diagnóstico de câncer, um reordenamento na rotina de vida.

Por tratar-se normalmente de uma receptividade intensa, o câncer tende a inserir-se como uma experiência desgastante para toda a família, produzindo nos usuários além da dor física, o desconforto e um quadro de incertezas diante das configurações que a vida do usuário vai estabelecendo, com vistas à recuperação e promoção de sua saúde, que se intensificam com a quantidade de signos metafóricos que cada um atribui à doença. Diante desta situação, o Serviço Social, como uma profissão inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho, deve intervir com vistas a promover a participação ativa destes usuários aos direitos expressos voltados ao atendimento destes, com o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional, conforme explicitado nos princípios éticos fundamentais do Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais.

Considerando a necessidade de estar inserido em uma rede de proteção social que visualize as suas necessidades, o indivíduo com câncer, por vezes se vê diante de uma rede de serviços fragmentada, gerida por um Estado negligente e residual, marcado historicamente por ser um Estado Mínimo para o social, mediando concessões com um viés regulador, com o intuito de evitar grandes tensionamentos na sociedade, e dessa forma concedendo muitas de

suas obrigações, enquanto Estado democrático e de direito, com uma perspectiva de bem-estar, com cunho paternalista, assistencialista e estruturado de acordo com a lógica do capital hegemônico.

Se de um lado o Estado segue a tendência da redução, o câncer, compreendido como uma demanda de saúde pública segue a tendência de crescimento. Num mundo globalizado, as relações sociais, os hábitos, os estilos de vida também tendem a se globalizar, e o que antes se verificava apenas em determinadas partes do mundo, passa a estar presente em muitas partes do planeta. Assim, tem seguido a epidemiologia do câncer no mundo, projetando-se com estimativas cada vez mais crescentes.

Corroborando-se como uma demanda de saúde pública, o câncer passa a admitir a necessidade de atuações interdisciplinares, tendo em vista que ao ser resultante de uma gama de fatores múltiplos, há a necessidade de atuações multiprofissionais para o seu enfrentamento e para a atuação junto aos usuários com a doença, tendo em vista que esta não resulta apenas em demandas biológicas, ou clínicas, mas também sociais e psicológicas, que interferem tanto na vida dos usuários, quando de suas famílias.

Dentro desta perspectiva apresentamos como está organizada a rede de atendimento voltada à pessoa com câncer seguido de uma abordagem sobre a acessibilidade dos mesmos. Quanto a Alta Complexidade, constatamos um arcabouço legislativo avançado, sobretudo na perspectiva de garantir direitos às pessoas com câncer, contudo os desafios para que estes direitos sejam efetivamente acessados são intensos. A existência de uma rede de serviços voltados para a proteção social destes sujeitos, não resulta conseqüentemente na acessibilidade a estes serviços, tendo em vista que esta não trata-se apenas da disponibilidade dos serviços, mas também da qualidade, do acesso, da eficácia e da garantia de continuidade. Mesmo que tivéssemos como base uma visão reducionista da categoria acessibilidade, o que se verifica, na prática é um verdadeiro garimpo judicial por parte de usuários que a todo o momento estão diante de um sistema de seguridade social densamente fragilizado, em decorrência do estabelecimento do neoliberalismo como perspectiva majoritária, na esfera de atuação do Estado.

Este estudo realizado permitiu também entender o processo histórico do conceito de saúde e, sobretudo o percurso da política de atenção ao câncer, que culminou com o estabelecimento de uma política de saúde oncológica, trazendo para este cenário de discussão, uma série de reflexões importantes para o Serviço Social, como a compreensão ampliada de saúde e o desenvolvimento histórico da atuação do Serviço Social neste setor. A saúde, de acordo com Girondi (2004) é entendida como uma questão de sobrevivência pessoal, como

uma qualidade de vida e morte, sendo descrita mais do que a ausência de doença. Nessa perspectiva os indivíduos possuem potencial para o bem-estar, mas também para o estar-melhor. Bem-estar implica assim em uma condição de estabilidade, ao passo que estar-melhor refere-se a estar no processo de tornar-se tudo que é humanamente possível, realidade.

A contribuição deste trabalho, com temática na área da saúde, imprime também um dos maiores desafios para a categoria atualmente, que é o de produção de conhecimento na área. Se por um lado o Assistente Social foi historicamente um profissional subordinado a outros na esfera da saúde, é criando uma identidade diante desta esfera que a profissão passará a ser reconhecida. Dessa forma, a necessidade de produção sobre a temática foi também nosso maior desafio durante a elaboração deste trabalho, considerando o fato de que, tratando-se de uma demanda de saúde pública, praticamente há ínfima produção pelo Serviço Social sobre a respectiva temática. Por outro lado, este caráter exploratório, deu ainda mais amplitude para o resultado final deste trabalho que propôs-se a fazer uma abordagem diferenciada sobre a concepção de saúde, do adoecimento pelo câncer, da proteção social e da acessibilidade, dentro de uma perspectiva abrangente.

Sobre o desenvolvimento histórico do Serviço Social na esfera da saúde, Bravo (1996, p. 16) apresenta que,

O Assistente Social na saúde tem sido, historicamente, um profissional subalterno e sua ação está diretamente relacionada à do médico, atuando geralmente de forma “assistencial” na saúde pública e no “ajuste”, desde a emergência do predomínio do modelo “clínico” na medicina. Mesmo com o surgimento das propostas racionalizadoras e reformadoras para o setor, a contribuição dos assistentes sociais foi reduzida, continuando sua ação de caráter residual. Entretanto, existem grupos de assistentes sociais que criticam a prática desenvolvida pela categoria. Alguns têm caído numa polarização reducionista, pautando-se uns no discurso da “impotência” e outros com propostas “voluntárias”. Por outro lado, surge no interior do movimento da categoria um terceiro grupo, que, de forma mais consequente, procura trabalhar as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida x objetivos institucionais, fortalecendo os primeiros.

Ainda de acordo com Iamamoto (1999, p. 113) “[...] um dos maiores desafios que o Serviço Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalhos criativas e capazes de preservar e efetivar, a partir de

demandas do cotidiano.” Por ora, procuramos neste trabalho decifrar um pouco da realidade sobre o câncer e os aspectos de incidências socioculturais, apreendendo-o como uma demanda de saúde pública. Dessa forma, para que o Serviço Social possa efetivar sua atuação diante desta demanda, é necessário primeiramente conhecer o campo de que se trata, as barreiras e os facilitadores apresentados neste setor, na perspectiva dos usuários que acessam (ou que procuram acessar) a estes serviços e, sobretudo que conheça produções teóricas e as legislações competentes que expressam os direitos destes sujeitos, pois apenas identificando os aspectos da realidade social é que se pode ousar intervir nela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACÚRCIO F.A.; GUIMARÃES M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.12,p233-242, abr./jun., 1996
- ANTUNES R. **Crise capitalista contemporânea e as transformações do mundo do trabalho**. Brasília: CEAD - UNB; 1999.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista brasileira de Ciências Sociais**. 1999, vol.14, n.40, p. 111-141, 1999.
- BARBOSA, A. M. **Câncer, Direito e Cidadania**. São Paulo: Arx, 2003.
- BARRETO, E. M. T. **Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA)**. In: Revista Brasileira de Cancerologia – INCA, 2005.
- BELAND, I.; PASSOS, J. Enfermagem do paciente com problemas na regulação da proliferação e maturação de células. In : _____. **Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais**. São Paulo : EPU, 1979. v.3.
- BIELEMAN, V. L. M. **O ser com câncer: uma experiência em família**. Florianópolis: UFSC, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Pró-Onco, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde,Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer,Coordenação de Prevenção e Vigilância**. - Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Histórias da Oncologia Clínica no Instituto Nacional de Câncer**: INCA. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

CAMILO, M. V. R. F. Trajetória do direito à saúde: uma experiência de hospital-escola. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 59, 1999.

CÁRCERES CF. **Opressão sexual e vulnerabilidade ao HIV**. Bol ABIA. 2000.

CARVALHO, CSU. **A família e o paciente oncológico**. Cad IPUB 1999.

Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética profissional dos assistentes sociais**. Brasília: CFESS; 1993.

CRUZ, M. H. C; Oliveira T. C. S. **Perfil dos pacientes com câncer avançado no CSTO**. In: Jornada de Cuidados Paliativos e Dor. Rio de Janeiro, 2001.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica – México, 1988.

DRAIBE, Sônia Miriam. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Núcleo de Estudos de Políticas Públicas**, n. 8, 1993. Cadernos de Pesquisas, p. 13-41.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do Projeto de Pesquisa. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 1994.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios do serviço social na era da globalização. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano XX, n. 61, p. 152-186, 1999.

_____. **Estratégias em serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **O que é política social**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

_____. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: BRASIL. **Capacitação em Serviço Social e política social: módulo 3**. Brasília: UNB, 2002.

_____. **A Política Social do Estado Capitalista**. As Funções da Previdência e da Assistência Sociais. 5ª edição, São Paulo, Cortez, 1987.

FERRARI, M.; Kaloustian, S. M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.) **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo, Cortez; Brasília, UNICEF, 1994.

GUEIROS, DA. **Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar**. Serviço Social e Sociedade. 2002.

GIL, AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRONDI, JBR. **A vivência da enfermeira enquanto cuidadora de um familiar com diagnóstico de câncer**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

GODOY, AS. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. In: Revista de Administração de Empresas. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63, abril 1995.

HELMAN, CG. **Cultura, saúde e doença**. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
Instituto Nacional de Câncer (INCA). **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2006.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**. Brasília, ano III, n. 3, jan./jun., Abepss, 2001.

_____. **Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

JUNIOR, G.B. Recursos humanos e qualificação profissional: impasses e possibilidades. **Revista Formação: Formação técnica em saúde no contexto do SUS**, Brasília, v.2, n5, maio, 2002.

KOWALSKI, L. P. et al. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. Prefácio de Ricardo Renzo Brentani São Paulo: Âmbito Editores, 1998.

LeSHAN, L. O Câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Summus, 1992.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MARINHO, J. A. L. Sistema de saúde, epidemiologia e profilaxia. Base da Medicina Científica. São Paulo: FMIIt, 2006

MARTINS, E. **A Política de saúde e o Serviço Social: contribuição teórica para a intervenção interdisciplinar junto a pacientes com neoplasia maligna**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MATOS, M. C. **O Debate do Serviço Social na Saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária**. Rio de Janeiro, 2000.

MEDINA, R. F. **A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico**. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2000.

MENEZES, P. F. M. **Saúde do Trabalhador: Ratificação do Capitalismo Contemporâneo e sua materialidade no Limite da Esfera Pública**. Campo Grande: UCDB, 2008

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Relatório Anual 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

MIOTO, R. C. T. **Família e serviço social, contribuições para o debate**. Serviço Social e Sociedade. 1997.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2.ed. Rio de

Janeiro: Vozes, 2003.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec. 1993.

MONTALI, L. Família e trabalho na reestruturação produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. 2000, v. 15, n. 42.

MOURA, D. **Saúde não se dá, conquista-se**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989

NETO, O. F. Atendimento em equipe interdisciplinar. **Revista Saúde, Sexo e Educação**. Rio de Janeiro: O Instituto, ano 8, n. 21, 1994.

NETO, Otávio Cruz. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. São Paulo: Vozes, 1998.

NEVES, E. P. et al. As questões do Marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: **Seminário Nacional de pesquisa em enfermagem**. Anais 3. Florianópolis, 1984. Florianópolis: UFSC, 1984.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: **Desenvolvimento Gerencial de unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário – Projetos Gerais**, Brasília: Ministério da Saúde/ FNS / SPS, 1995.

NOGUEIRA, V. M. R. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área de saúde. **Revista Katalysis**: Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, n.1, p. 40-48, jun. 1997.

OFFE, C. **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, J. J. Dor oncológica. **Revista Acta Oncológica Brasileira**. São Paulo, v.1, n.1, jan./ mar. 1994.

OLIVEIRA, R. N. C. O espaço público sócio-político da educação em Saúde Pública. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 36, 1991.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas Básicas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

PINOTTI, H. W; PAIVA, L. E. Câncer: algumas considerações sobre a doença e o adoecer psicológico. **Revista Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v.8, n.3, set./dez. 1988.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. 1994. 64 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RAICHELIS, R. 10 anos depois da Constituição Cidadã. **Revista Inscrita**, Conselho Federal de Serviço Social, ano 2, n. 3, p.19-26, nov. 1998.

Revista Brasileira de Cancerologia – INCA - Volume 45 nº4 Out./nov./Dez, 1999.

REZENDE, A. L. M. Saúde: dialética do pensar e do fazer. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SCHAVEZON, J. et al. **Câncer** : enfoque psicológico. Buenos Aires: Galerna, 1978.

SERVANTES, L. F. **Terapia Ocupacional**: pesquisa e atuação em oncologia. Campo Grande: UCDB, 2002.

SERRANO, A. Í. **Uma ferramenta epidemiológica para vigilância, planejamento e gestão em saúde**: Registro de Câncer de Base Populacional da Grande Florianópolis. Florianópolis: SES / SC, Insular, 2006.

SILVA, M. O. S. **Renda mínima e reestruturação produtiva**. São Paulo: Cortez, 1997.

SILVA, C. N. **Como o câncer (des)estrutura a família**. São Paulo: Annablume, 2000.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SPOSATTI, A. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.55, 1997.

Revista Brasileira de Cancerologia – INCA - Volume 45 nº4 Out./nov./Dez, 1999.

TAKENAKA, P. M. S. et al. Osteoma de mastóide: relato de caso e revisão da literatura. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. 2004, v. 70, n. 6.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

Tumores malignos através da história. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v.66, n.60, jun., 1994.

VASCONCELOS, A. M. **O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional**. Brasília: CEAD – UNB; 2000.

VIDAL, D. L. C. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 94, 2008.

VUORI, H. Estratégias para provimento e qualidade nos cuidados de saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

APÊNDICE

APÊNDICE A**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

A pesquisa “ A Acessibilidade aos Serviços da Rede de Proteção Social voltada a pessoa com Neoplasia, no município de Florianópolis”, esta sendo desenvolvida com o objetivo de analisar os aspectos da acessibilidade aos serviços voltados á pessoa com câncer no município de Florianópolis. Esta pesquisa esta sendo desenvolvida como parte do Trabalho de Conclusão de Curso por Jony Alberto Correia, acadêmico da 8ª fase do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, com supervisão direta da Professora Drª Eliete Cibele Cipriano Vaz - do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, orientadora e professora do acadêmico.

Esta pesquisa é precedida de um mapeamento dos serviços da rede de proteção social voltada a pessoa com câncer no município de Florianópolis e tem como metodologia posterior verificar com os usuários com câncer, os aspectos da acessibilidade aos serviços dessa rede. Em todo o seu desenvolvimento tem-se por objetivo primar pelo sigilo, privacidade e pelo pleno esclarecimento aos participantes, não resultando em riscos, danos ou qualquer tipo de prejuízos para estes, e ainda em qualquer momento poderá ser solicitado o pedido de desistência por parte dos participantes.

A qualquer momento o participante da pesquisa poderá apresentar recusa ou retirar o consentimento junto ao pesquisador através de contato direto com este, ou por telefone, através do número (48) 8415-4662 ou ainda através do e-mail: jony_correia@hotmail.com.

EU _____
_____, DECLARO QUE ESTOU CIENTE DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E ME DISPONHO A PARTICIPAR DA PESQUISA, APRESENTANDO AS RESPOSTA DE FORMA VOLÚNTARIA PRIMANDO PELA VERACIDADE DAS MESMAS. DECLARO AINDA QUE MEDIANTE QUALQUER INTERCORRÊNCIA, OU DESISTÊNCIA O PESQUISADOR SERÁ CONTACTADO SEM QUALQUER PREJUÍZO PARA O PESQUISADOR E PARA O PARTICIPANTE.

Florianópolis, _____ de _____ de 2009.

APÊNDICE B

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

- 1.1 *Identificação:* _____
- 1.2 *Idade:* _____
- 1.3 *Sexo:* () Masculino () Feminino
- 1.4 *Estado Civil:* _____
- 1.5 *Tem filho(s)? Se "Sim" quantos e a idade deste(s) :* _____
- 1.6 *Naturalidade:* _____
- 1.7 *Procedência:* _____
- 1.8 *Tempo de moradia em Florianópolis:* _____
- 1.8.1 *Situação da moradia:*
 () própria () alugada () cedido () outro _____
- 1.8.2 *Com quem reside?* _____
- 1.9 *Escolaridade:*
 () Não Alfabetizado () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Fundamental completo
 () Ensino Médio incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Superior incompleto
 () Ensino Superior completo () Pós- Graduação
- 1.9.1 *Interrompeu a frequência escolar por decorrências do câncer? Se "Sim", apontar motivo(s):* _____

2. ASPECTOS OCUPACIONAIS

- 2.1 *Profissão:* _____
- 2.2 *Ocupação:* _____
- 2.2.1 *Jornada semanal de trabalho (em horas):* _____
- 2.2.2 *Tipo de Vínculo empregatício:*
 () Contribuinte Individual () Avulso () Doméstico () Empregado () Segurado Especial
 () Facultativo () Desempregado com qualidade de segurado na Previdência Social
 () Desempregado sem qualidade de segurado na Previdência Social () Não Trabalha
 () Estudante () Trabalhador sem vínculo com Regime de Previdência Social
 () Outro _____
- 2.2.3 *A quanto tempo exerce a última atividade laborativa?* _____

2.3 A(s) atividade(s) laborativa(s) expõem a agente(s) cancerígeno(s) ou a fatores diretos de risco ao câncer? Se "Sim", qual(is):

- () Agentes químicos (agrotóxicos, amianto, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, etc...)
 () Radiação solar (UV) direta, durante a(s) jornada(s) laborativa(s)
 () Outro(s) _____

2.4 Como se dá a relação trabalhista, considerando a necessidade de tratamento médico periódico?

2.5 Renda

2.5.1 Somatório das rendas Individual e Familiar:

- () Até 1 salário mínimo
 () Acima de 1 até 3 salários mínimos
 () Acima de 3 até 5 salários mínimos
 () Acima de 5 até 7 salários mínimos
 () Acima de 7 salários mínimos

2.5.2 Número de pessoas que vivem desta renda: _____

3. HISTÓRICO DA DOENÇA

3.1 Tempo de diagnóstico do câncer: _____

3.1.2 Foi possível o diagnóstico precoce do câncer?

- () Sim, mas não foi considerado () Sim, e foi considerado () Não houve diagnóstico precoce

3.1.3 Como soube do diagnóstico?

3.1.4 Como reagiu diante do diagnóstico/prognóstico?

3.2 Tempo da doença/Estádio:

3.3 O desenvolvimento do câncer possivelmente esta associado a que fator(es):

- () Fatores não identificados () Fatores ainda sob investigação () Fatores genéticos
 () Exposição a agentes cancerígenos ou tóxicos () Exposição a radiação solar UV
 () Fatores de ordem alimentar e nutricional () Tabagismo () Consumo de bebidas

alcoólicas

- () Hábitos sexuais e reprodutivos () Contaminação venosa pelo vírus de hepatite B ou C
 () Outro(s) _____

4. CARACTERÍSTICAS DA ACESSIBILIDADE

4.1 *Quais mecanismos utiliza para conhecer os serviços voltados à pessoa com câncer?*

- () Não conhece serviços específicos () mídias (jornais, internet, televisão, cartazes)
 () orientações médicas () contato ativo com os serviços de saúde () amigos ou pessoas conhecidas que conhecem ou acessam os serviços () outros _____

4.1.2 *Quais serviços já acessou no tratamento ao câncer?*

4.1.3 *Qual a frequência e Intervalo de acesso a esses serviços?* _____

4.1.4 *A que fatores estão relacionados a frequência e o intervalo de acesso:*

- () prescrição médica () dificuldade de marcar os serviços () dificuldade de encontrar os serviços
 () falta de serviços () inexistência de serviços () outros

4.2 *Quem acessa ou auxilia no acesso aos serviços ?* _____

4.2.1 *Como se locomove para acessar aos serviços?*

- () Transporte público coletivo () veículo próprio () veículo de familiares
 () veículo da Secretaria de saúde () outro _____

4.3 *Há facilitadores no acesso? Se "Sim", quais?*

4.3.1 *Acessou algum benefício específico/direcionado às pessoas com câncer? Se "Sim" qual(is):*

4.4 *Há barreiras de acesso? Se "Sim", quais?*

4.4.1 *Não conseguiu acessar algum serviço/benefício voltado a pessoa com câncer ? Se "Sim", qual(is)?* _____

4.5 *Como julga a disponibilidade dos serviços?*

4.6 *Como julga a qualidade dos serviços?*

4.8 *Que sugestões oferece para que o acesso e a qualidade dos serviços seja melhorada?*

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa, elaborado pelo acadêmico de Serviço Social e estagiário do HU Jony Alberto Correia, com título “A Acessibilidade aos Serviços da Rede de Proteção Social voltada a pessoa com Neoplasia, no Município de Florianópolis”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 13 de abril de 2009.


Prof. Felipe Felício
Vice-Diretor - HU/UFSC

ASSINATURA
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

Jony Alberto Correia
Serv. Social Hospital
Universitário
Estagiário(a)
Sob Supervisão

30/03/2009


Mariana Silveira Barcelos
Assistente Social
CRESS nº. 3355 12ª Região
Hospital Universitário

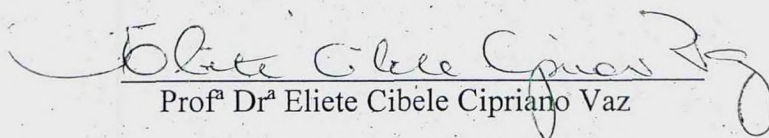


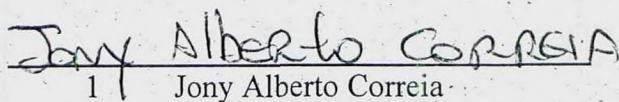
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO

Declaro que no desenvolvimento do projeto de pesquisa "A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DA REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL VOLTADA A PESSOA COM NEOPLASIA, NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre o/a (os/as) pesquisador/a (es/as) e participantes da pesquisa. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Florianópolis, 29/04/2007


Profª Drª Eliete Cibele Cipriano Vaz


1 | Jony Alberto Correia

Serv. Social Hospital
Universitário
Estagiário(a)
Sob Supervisão



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa
A acessibilidade aos serviços da Rede de Proteção Social voltada à pessoa com câncer no município de Florianópolis

Área de Conhecimento 6.00 - Ciências Sociais Aplicadas - 6.10 - Serviço Social	Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)	Fase Não se Aplica	

Unitermos
Proteção Social, Acessibilidade, Pessoa com Câncer, Saúde

Sujeitos na Pesquisa

Nº de Sujeitos no Centro 6	Total Brasil 6	Nº de Sujeitos Total 6	Grupos Especiais	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO

Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável Eliete Cibele Cipriano Vaz		CPF 122.253.438-02	Identidade 6.044.345
Área de Especialização SERVIÇO SOCIAL		Maior Titulação DOUTORADO	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA DEMÉTRIO RIBEIRO, 106 AP. 612		Bairro CENTRO	Cidade FLORIANÓPOLIS - SC
Código Postal 88020-700	Telefone 3721-9540 / 3733-4228	Fax	Email eliete@cse.ufsc.br

Termo de Compromisso
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: 15/05/2009 Assinatura:

Instituição Onde Será Realizado

Nome Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	CNPJ 83.899.526/0001-82	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Hospital Universitário	Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima	Bairro Trindade	Cidade Florianópolis - SC
Código Postal 88040-900	Telefone 48 3319206	Fax 48 3319599
		Email cep@reitoria.ufsc.br

Termo de Compromisso
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: _____ Assinatura:

Data: 12/05/09

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 15/05/2009. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

⊙ Voltar

IMPRIMIR