



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
COLEGIADO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**GOIA ALFREDO BIAGUE**

**CONHECENDO O ACESSO E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PELAS MULHERES COM CÂNCER DO COLO DE ÚTERO ATENDIDAS NO  
CENTRO ESTADUAL DE ONCOLOGIA (CICAN): UM ESTUDO REALIZADO A  
PARTIR DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO.**

Salvador  
2017

**GOIA ALFREDO BIAGUE**

**CONHECENDO O ACESSO E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PELAS MULHERES COM CÂNCER DO COLO DE ÚTERO ATENDIDAS NO  
CENTRO ESTADUAL DE ONCOLOGIA (CICAN): UM ESTUDO REALIZADO A  
PARTIR DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO.**

Monografia apresentada ao Colegiado do  
Curso de Serviço Social do Instituto de  
Psicologia da Universidade Federal da Bahia,  
requisito parcial para a obtenção de grau de  
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Valéria dos Santos  
Noronha.

Salvador  
2017

## GOIA ALFREDO BIAGUE

CONHECENDO O ACESSO E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS MULHERES COM CÂNCER DO COLO DE ÚTERO ATENDIDAS NO CENTRO ESTADUAL DE ONCOLOGIA (CICAN): UM ESTUDO REALIZADO A PARTIR DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO.

Trabalho de conclusão do curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau Bacharel em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

Banca examinadora

Valéria dos Santos Noronha –

Orientadora \_\_\_\_\_

Prof. Adjunta do Curso de Serviço Social da UFBA – Doutora em Serviço Social pela -UFRJ

Adriana Freire Pereira Ferriz

\_\_\_\_\_

Prof. Adjunta do Curso de Serviço Social da UFBA- Doutorado em Sociologia pela UFPB

Josimara Aparecida

Delgado \_\_\_\_\_

Prof. Adjunta do Curso de Serviço Social da UFBA- Doutora em Serviço Social pela -UFRJ

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a DEUS, por essa oportunidade de poder realizar meu sonho e sonho da minha mãe de ver sua filha caçula formando, que mesmo longe nunca deixa de me incentivar a estudar. Agradeço também às minhas irmãs, sempre dando força para que esse sonho se torne realidade.

Agradeço especialmente minha tia Ivanádia, ela também foi uma das grandes incentivadoras desse sonho. Se hoje estou aqui no Brasil e me formei é com a ajuda dela e do meu tio Pedro e meu primo Pedro Júnior. Minha gratidão a família SILVA, que me acolheu durante esses anos.

Colegas de turma que tornaram hoje meus amigos, Carolina, Aliane e Ana Lucia, agradeço pela amizade vou levar comigo para sempre.

À minha professora e orientadora Valéria Noronha, que me conduziu sabiamente desde o início do trabalho, me orientando na organização como também na escrita do trabalho, sempre disposta e alegre, e que me tranquilizou durante os momentos de ansiedade na realização deste trabalho. Agradeço a todos com muito carinho.

## RESUMO

O estudo proposto buscou conhecer as formas de acesso e utilização dos serviços de saúde pelas mulheres com câncer do colo de útero atendidas no Cican. Portanto, a pesquisa de campo foi realizada com essas mulheres atendidas neste Centro de Referência em Oncologia na cidade de Salvador/BA. Uma das conclusões principais deste estudo se refere à importância da Política Nacional de Oncologia e sua efetivação no âmbito local desempenhando uma ação relevante no que se refere à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das mulheres com câncer do colo do útero.

**Palavras chaves:** Saúde da mulher. Câncer do Colo do Útero. Política de Atenção Oncológica. SUS.

## **ABSTRACT**

The proposed study sought to know the forms of access and utilization of health services by women with cervical cancer at the CICAN. Therefore, the field research was performed with these women attended at this Reference Center on Oncology in the city of Salvador / BA. One of the main conclusions of this study is the importance of the National Oncology Policy and its effectiveness at the local level by playing a relevant role in the promotion, prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of women with cervical cancer.

**Keywords:** Woman health. Cancer of the cervix. Attention Policy. SUS.

## SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	08
II	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A Política de Atenção Oncológica voltada para as Mulheres	10
2.1	A Reforma Sanitária: Contribuições para a criação do SUS	10
2.2	A Política de Atenção Oncológica e suas principais diretrizes destinadas às mulheres	20
III	O CASO DE SALVADOR/BAHIA: Conhecendo os Principais Dados Epidemiológicos e tecendo reflexões acerca da situação das Mulheres com Câncer do Colo de Útero	27
3.1	Atenção ao Tratamento do Câncer de Colo de Útero na Bahia e Principais Dados Epidemiológicos	28
3.2	Aspectos Metodológicos da Pesquisa	32
3.3	RESULTADOS DA PESQUISA: O Cotidiano das Mulheres com Câncer do Colo do Útero: O Percurso de suas Vidas e os Impactos da Doença na sua História	33
IV	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
V	REFERÊNCIAS	42
	ANEXO	49

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo propõe reflexões sobre a importância da Política Nacional de Atenção Oncológica enquanto uma política estratégica e instrumento de mobilização social e institucional que visa instaurar uma nova dinâmica na esfera da saúde no âmbito da qualidade dos serviços, na busca por maior responsabilização de todos os que estão envolvidos no processo de promoção da saúde. Para entender esta política, é preciso analisar o processo histórico que levou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) para sociedade brasileira. É preciso saber como era a saúde antes deste sistema e os movimentos de luta até a consolidação de uma saúde pública universal.

Especialmente, o trabalho pretende identificar possíveis motivos que interferiram na detecção precoce do câncer do colo do útero, verificar as dificuldades enfrentadas no início do tratamento e conhecer de que forma ocorre o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelas mulheres com Câncer de Colo de Útero atendidas no Centro Estadual de Oncologia (Cican)- Salvador.

Apesar do pouco contato com essas mulheres durante o estágio curricular obrigatório, um questionamento norteou e estimulou a confecção da pesquisa, a saber: Quais são as dificuldades enfrentadas por estas mulheres para realização do tratamento? Qual é o impacto desta doença nas suas vidas? Quais são seus desafios? Como esta luta é empreendida?

O atendimento ao Câncer ainda possui desafios concretos, mesmo com os avanços tecnológicos que atualmente foram identificados no campo de saúde para promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, o câncer ainda é uma doença que afasta o indivíduo do convívio social por ser acarretado de simbologia negativa devido ao alto nível de complexidade da doença.

Diante do que está exposto, o objetivo geral do trabalho é analisar o percurso das mulheres diagnosticadas com câncer do colo do útero atendidas no Centro Estadual de Oncologia (Cican), conhecendo o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Segundo a Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir<sup>1</sup>, a neoplasia do colo do útero, é o

---

<sup>1</sup> Ver em Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir de autoria de Ferreira & Rodrigues (2010).

segundo maior caso de morbidade e o quarto maior número de mortalidade entre as mulheres. Estabelecemos a pesquisa no segmento da população no contexto social, cultural e econômica, que gira em torno da vida dessas mulheres, possivelmente, influenciam ou não, ao acesso a assistência para tratamento.

Para o desenvolvimento desta pesquisa ainda foram elencados os objetivos específicos, dentre eles: identificar possíveis motivos que interferem na detecção precoce do câncer do colo do útero; verificar as dificuldades encontradas no início do tratamento, se ocorreu no momento oportuno, a partir da data do diagnóstico conforme a Lei nº 12.732 e estudar política de atenção oncológica e sua aplicabilidade em Salvador.

A fim de alcançar os objetivos citados, o presente trabalho utilizou a pesquisa de abordagem qualitativa, por meio da técnica de entrevista semiestruturada, buscando conhecer a trajetória das mulheres que procuram pelo tratamento do câncer do colo do útero no Centro Estadual de Oncologia. Foi adotada também pesquisa bibliográfica, consulta de artigos, sites que abordam o tema.

O conteúdo desta monografia divide-se em dois capítulos: o primeiro capítulo realiza uma breve reflexão a respeito do Sistema Único de Saúde, os aspectos históricos e as configurações da Política de Atenção Oncológica destinada às mulheres, tecendo apontamentos relacionados com as diretrizes e desafios no que tange à sua efetivação.

O segundo capítulo traz as dificuldades enfrentadas pelo município de Salvador na efetivação da Política Nacional de Atenção Oncológica e contextualiza as experiências de duas usuárias em tratamento no CICAN, evidenciando os percursos de suas vidas e os principais enfrentamentos vinculado ao processo de acesso e utilização dos serviços. A pesquisa de campo foi marcada pelas dificuldades de realização das entrevistas e contato com as usuárias e, por conseguinte foi possível apenas obter duas entrevistas. Foi adotado como instrumento um roteiro semiestruturado com questões abertas, deixando as entrevistadas numa situação de “plena liberdade” contribuindo para expressarem significativamente suas vivências.

## **2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA VOLTADA PARA MULHER**

Nesta seção analisaremos, o contexto histórico que levou a consolidação do Sistema Único de Saúde, destacando especialmente a luta pela Reforma Sanitária e seus enfrentamentos como um processo em constante continuidade. Mais adiante, especificamente problematizaremos a importância da Política de Atenção Oncológica no âmbito do SUS e suas principais determinações voltadas para as mulheres.

### **2.1 A REFORMA SANITÁRIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A CRIAÇÃO DO SUS**

A Reforma Sanitária ocorreu no Brasil nas décadas de 70 e 80 do século XX. Com a redemocratização, intensificada com as eleições para governador, deu-se início a um processo de reestruturação dos movimentos sociais que possuíam como bandeira de luta a melhoria das condições sociais. Assim, novos atores entraram em cena, nos termos de Sader (1993). Ressalte-se que, as categorias sociais marxistas historicidade, trabalho e luta de classe, fundamentaram esse processo (MASSON, 2007).

No bojo das discussões foram elaborados o Sistema Nacional de Saúde através da Lei n. 6.229 (1975), a Prevsáude (1980) e o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social (1982). As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram instituídas também na década de 1980, em decorrência do processo de municipalização. Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), configurando-se o evento mais expressivo que já ocorreu no país, no âmbito política de saúde. A VIII CNS tornou-se o marco entre a quase desassistência e um sistema de saúde de caráter universal que reconhece o direito inalienável à saúde. Em 1987, foi estabelecido o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Desde os anos 1989, os brasileiros podem ser atendidos nas unidades de saúde de maneira gratuita nos níveis primário, secundário e terciário.

A Constituição Federal de 1988 contemplou o que fora proposto pela Reforma Sanitária instituindo o SUS, regulamentado dois anos depois, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde – LOS (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) e operacionalizado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1992, 1993 e 1996, bem como pela Norma de Assistência à Saúde (NOAS) estabelecida em 2000. Dessa forma, foi a partir da promulgação da Constituição supracitada que, o Direito Sanitário começou a ser construído no Brasil, veja-se artigos 196, 197, 198, 199 e 200.

Pelo exposto, importa frisar que, a saúde foi erigida ao estatuto de política pública, como direito social positivo mediante a construção do SUS. Note-se que, no pós-1998, a rede da Atenção Básica foi ampliada, o que resultou na expansão do acesso a grupos que anteriormente eram deixados à margem do direito. Assim, ficou assegurada assistência médica para segmentos sociais específicos, a exemplo da população que possui algum tipo de deficiência, dos idosos, das crianças, dentre outros, algo jamais visto em nenhuma outra legislação ordinária. A partir daí a saúde passou a ser direito de todos, conforme se observa em seu artigo 196, excluindo-se a prerrogativa do cidadão ter que contribuir para a prestação dos serviços de saúde por meio de suas atividades laborais ou através do desembolso direto. Dessa forma, a saúde adquiriu relevância pública, algo inédito até então.

Doravante, outras leis foram criadas, tais como a Lei da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Lei nº 9.782/1999); a Lei de Saúde Suplementar (Lei nº 9.656/1998) e a Lei de Bioética (Lei nº 11.105/2005), sendo o Brasil signatário de 19 acordos multilaterais e de 84 acordos bilaterais em termos de saúde pública (VENTURA, 2009, p. 80). Ressalte-se que, em 2006, a partir de uma ação conjunta entre União, Estados e Municípios foi instituído o “Pacto pela Saúde”, sendo composto pelo “Pacto pela Vida”, o “Pacto pelo SUS” e o “Pacto de Gestão”.

Para fins dessa análise, é importante destacar que, o SUS não surgiu de uma hora para outra, nem foi retirado prontinho de uma algibeira não possuindo, por conseguinte, sentido distinto e separado do processo histórico em que se intercala. Segundo Paim, o SUS é fruto de embates políticos e ideológicos, sendo resultante de um longo trajeto de formulações e de lutas, constituindo-se um processo histórico construído socialmente, *verbis*: “O direito à saúde não é um direito natural que se

alcança ao nascer. Não é uma dádiva de qualquer governo. É historicamente construído e conquistado mediante lutas sociais “ (PAIM, 2009, p. 122) ”.

O Sistema Único de Saúde é formado por ações e serviços públicos organizados de modo regionalizado, hierarquizado e descentralizado, fundamentados nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, conforme estabelecido nos artigos 194 e 198 da Constituição Federal de 1988. Tratando-se de saúde pública, tais princípios revelam-se fundamentais aos/às deficientes auditivos/as, visto que a partir deles suas peculiaridades são levadas em consideração na formulação e implementação da saúde enquanto política pública.

Releva notar que, o projeto do SUS fora engendrado num período em que o contexto político nacional era consideravelmente oportuno, haja vista o término da ditadura militar, seguido do movimento pela Redemocratização. Porém, sua implementação ocorreu num momento de intensificação da ofensiva neoliberal, impossibilitando a plena materialização das diretrizes que o norteia. Seus limites resultam das contradições inerentes aos antagonismos de classes, revelando a contraditoriedade presente na relação entre uma saúde universal e equânime e o capital financeiro vigente, fundamentado no princípio da acumulação, em “tempos de idolatria da moeda” (IAMAMOTO, 2009).

Segundo Vieira (2001), em que pese à égide do neoliberalismo, aqui no Brasil tem-se assistido a um avanço na promulgação de legislações concernentes à garantia de direitos.

Trata-se de uma contradição que se manifesta como um processo, no qual o capitalismo, primeiro resiste, depois é forçado a recuar e fazer concessões sem nunca deixar de tentar instrumentalizar a seu favor (ou mesmo suprimir, como atualmente ocorre) os direitos conquistados (COUTINHO, 2000, p. 66-67).

Destarte, não há como negar que,

De outra parte, poucos desses direitos estão sendo praticados ou ao menos regulamentados, quando exigem regulamentação. Porém, o mais grave é que em nenhum momento histórico da República brasileira (para só ficar nela, pois o restante consiste no Império escravista), os direitos sociais sofrem tão clara e sinceramente ataques da classe dirigente do Estado e dos donos da vida em geral, como depois de 1995 (VIEIRA, 2001, p. 68).

Assim, o SUS convive com avanços e retrocessos que resultam em contradições<sup>2</sup>. É inegável que persistem problemas antigos, que exigem respostas, de modo que o devir não seja comprometido. Ainda é possível, presenciar uma universalidade fragmentada, a ausência de equidade, sendo que a integralidade encontra-se subjugada aos interesses econômicos. Em decorrência, “os serviços de saúde definitivamente não atendem as necessidades da população” (NÓBREGA SANT’ANA, 2007, p. 8).

Acontece que numa sociedade capitalista as disputas de interesses de classe são determinantes; e o SUS é instrumento de luta das classes exploradas. O direito reflete estas disputas [...] o que confirma a contradição do capitalismo. Coexiste um sistema público que prescreve saúde como um bem social e um sistema paralelo onde saúde é fonte de lucro e movimentação de mercado de ações [...] operadoras de saúde negociam no balcão do mercado financeiro o menu dos contratos, deixando à deriva ações de ponta da assistência [...], isto não serve de referência para que o SUS aja da mesma forma, liberal mercantil. Ao contrário, só confirma que saúde não deve ser oferta de mercado (MASSON, 2007, p. 106).

É preciso, pois, eliminar as velhas e novas barreiras que impossibilitam a efetivação do SUS constitucional, em especial em relação ao acesso dos/as deficientes auditivos, pois “não podemos nos limitar à tese de que estamos na barbárie, uma vez que precisamos reconhecer as possibilidades de ruptura com a sociabilidade burguesa, que estão inseridas nas contradições capitalistas, visando a conquista da generalidade humana, pois o homem é sujeito que faz história” (SOUZA, 2006, p.31).

No entanto, é preciso deixar claro que, o SUS não é uma varinha de condão que resolverá todas as iniquidades em saúde, devido a “ impossibilidade de assegurar justiça social e equidade no capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2010, p. 37).

Para que os serviços de saúde tenham melhor qualidade, numa sociedade marcada por contradições e disparidades sociais como a brasileira, que nutre velhos vícios clientelistas, os cidadãos não podem ser transformados em peticionários da administração pública.

Vasconcelos e Pasche (2006) revelam que o SUS tem como objetivo principal estabelecer e implementar a Política Nacional de Saúde destinada a promover

---

<sup>2</sup> Na atualidade, tem-se falado muito da chamada “crise do SUS”. Crise que, na verdade, não é nem da saúde pública e nem do SUS, mas do capitalismo, que é movido por crises cíclicas, visto que a crise do capital é uma crise estrutural.

condições de vida saudável, garantir o acesso equitativo ao conjunto de serviços de assistência com atenção integral. De acordo com os autores, a atuação do sistema envolve um conjunto de serviços de ações de:

- Vigilância em saúde, em que se inclui a vigilância ambiental, inclusive do ambiente do trabalho, a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e por último a vigilância nutricional;

- Assistência que integra atenção básica, atenção especializada ambulatorial e a atenção hospitalar em seus diversos níveis de complexidade;

- Prestação da assistência terapêutica integral, com destaque para assistência farmacêutica;

- Apoio a diagnóstico e de terapia- Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia- SADT na assistência à saúde, e nas investigações de interesse da vigilância em saúde pública;

- Formulação e execução da política de sangue e seus derivados e a coordenação da rede de hemocentros;

- Regulação da prestação de serviços privados de assistência à saúde;

- Regulação da formação dos profissionais da saúde;

- Definição e implementação de políticas de ciência e tecnologia para setor de saúde, incluído a definição de normas e padrão para a incorporação tecnológica;

- Promoção da saúde em articulação intersetorial com outra área de órgão governamental.

A Lei 8.080/1990 estabelece as atribuições e competências de cada esfera do governo na administração do SUS, as atribuições comuns se destacam entre: coordenação das ações; articulação do plano e políticas; planejamento das ações com formulação e atualização do plano de saúde, financiamento, orçamentação, administração e o controle de recursos financeiros, a avaliação, fiscalização, elaboração de normas relacionadas à saúde, organização e coordenação do sistema de informação, realização do estudo e pesquisa, implementação de políticas específicas, etc.

As competências específicas estão mencionadas no marco da descentralização que impõe o município a assumir a responsabilidade por diversas ações de saúde, cabendo aos Estados e a União múltiplas funções. É interessante mencionar o papel determinante do processo de descentralização que ocorre no setor de saúde, modificação significativa da gestão pública. Primeiramente, a

descentralização se materializa pela experiência da estadualização da gestão com a participação dos principais agentes e mobilização dos gestores municipais, o movimento pela descentralização ganhou expressão maior e avanço no setor da saúde.

Segundo, Paim (2009) é preciso conhecer um pouco sobre o passado da Organização Sanitária no Brasil, para entendermos melhor, o significado da conquista da consolidação do SUS para o povo brasileiro, é necessário analisar cada momento dessa luta.

De acordo com Paim (2009), o SUS foi criado no intuito de disponibilizar a assistência à saúde gratuita para todos. Em 1988, a Constituição da República passou a reconhecer saúde como direito social, cabe ao poder público assegurar, como já tinha mencionado anteriormente, quem tinha acesso a saúde antes do SUS eram as pessoas de classe alta, ou aquelas que trabalhavam com carteira assinada, inseridas no mercado formal de trabalho. As pessoas alijadas do mercado formal de trabalho ficavam sem assistência médica e dependiam da caridade ou da filantropia. As Santas Casas de Misericórdia exerciam o papel de amparar e “proteger” os mais “vulneráveis” socialmente. O Art. 196 da Constituição, define saúde como *direito de todos os cidadãos e dever do Estado*, cabe a ele prestar serviços de saúde de qualidade. A constituição do SUS foi uma grande luta dos Movimentos Sociais que juntamente com o Movimento da Reforma Sanitária empreenderam ações para a efetivação desse projeto tornar-se “realidade”.

Em 1988, conseguiram pela primeira vez na história do Brasil, a saúde foi concebida como direito social, os cidadãos passaram ter direito à assistência à saúde, graças as lutas dos trabalhadores e Movimentos Sociais pela implantação do sistema de saúde para todos.

Os princípios do SUS, são aspecto que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivada da moral, da ética da filosofia, da política e do direito. São valores que orienta o nosso pensamento e as nossas ações. Funcionam como se fossem os mandamentos no caso das religiões (PAIM, 2009, p. 56).

Paim (2009), ressalta que o Sistema Único de Saúde foi criado com objetivo de reduzir as desigualdades existentes no âmbito da saúde, para que todos possam ter acesso à saúde de maneira gratuita, universal, integral. Os princípios que norteiam SUS são:

- ❖ Universalidade - garante que os cidadãos tenham direito à saúde, principalmente acesso à saúde em todos níveis de assistência
- ❖ Integralidade- busca atender todas as necessidades apresentadas pelo usuário/a, tanto nos serviços preventivos, curativos, coletivos ou individuais
- ❖ Equidade, tem como objetivo de garantir igualdade e reduzir desigualdades sociais em saúde.

Segundo Paim (2009), o SUS não se limita em se estabelecer somente na atenção básica, mas sim em todos níveis de complexidade da saúde. Um dos principais desafios do SUS é superar os “vícios” que afetam a tradição política da sociedade brasileira, tais “vícios” são caracterizados pelo: clientelismo político, nepotismo, descontinuidade de projetos sociais em função da rotatividade existente no âmbito dos governos com a troca de cargos, centralização excessiva. Esses “vícios” interferem negativamente em qualquer processo de gestão e conseqüentemente de atenção à saúde. Por exemplo, para a implementação e desenvolvimento de uma política, os gestores da administração pública precisam de uma significativa capacidade política para enfrentar essas interferências que influenciam as instâncias decisórias e na continuidade dos projetos institucionais.

Além disso, uma série de desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde é identificada no território brasileiro, exigindo do SUS o estabelecimento de estratégias que sejam capazes de reorganizar o nível de entendimento e articulação entre as principais esferas governamentais.

Outro desafio para a superação de obstáculos estruturais está relacionado à articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes. Pode-se dizer que além dos campos típicos da atenção à saúde (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária), que compreendem as atividades mais diretamente voltadas para o atendimento das necessidades de saúde, outros campos de atuação do Estado são estratégicos em uma política pública destinada à garantia da saúde como direito social de cidadania. (NORONHA et. ali, 2008:466).

Em vinte anos de consolidação do SUS, foram construídos resultados que impactaram positivamente na situação de saúde da população usuária dos serviços. Em contrapartida, muitas dificuldades foram verificadas para garantir o pleno funcionamento do sistema de saúde em condições adequadas.

Um dos aspectos-chave que demanda um enfrentamento significativo, diz respeito à universalização efetiva do acesso à saúde, a mudança no modelo de atenção e a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

De modo especial, a questão da qualidade dos serviços prestados também requer uma mudança na organização do processo de trabalho em saúde:

Exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços (TEIXEIRA, 2002, p.157).

Uma reformulação no modelo de atenção se fez necessária, especialmente em muitas realidades municipais do Brasil, pois as maiores dificuldades encontradas na gestão do sistema estavam em grande parte vinculadas às relações interpessoais constituídas entre profissionais de saúde x usuários e gestores nos serviços de saúde. Essas dificuldades ligadas às relações interpessoais se configuram através do descaso, da negligência, da impessoalidade e de uma abordagem médica voltada muito mais para a queixa-conduta, não estabelecendo vínculo e uma responsabilização sobre o usuário. Pesquisas<sup>3</sup> de satisfação do usuário que vêm

---

<sup>3</sup> Como um dos produtos divulgados pelo “Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003” (Progestores 2003) temos a pesquisa realizada pelo Instituto Vox Populi “A Saúde na Opinião dos Brasileiros: Um Estudo Prospectivo” produzida em 2003. A pesquisa nacional **A Saúde na Opinião dos Brasileiros** foi encomendada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para identificar o nível de conhecimento, opiniões,

sendo realizadas, tanto em âmbito nacional como em âmbito local, contribuem para incluir a ótica do usuário e fomentar propostas de mudança no modelo de gestão e atenção em saúde, além de traçar avaliações substantivas em relação ao acesso ao sistema de saúde, formas de tratamento e os principais problemas identificados pelos usuários no que diz respeito ao Sistema Único de Saúde. Essas iniciativas têm se multiplicado e contribuído de forma bastante diversificada para o processo de melhoria do sistema público de saúde.

Informações derivadas da pesquisa “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”<sup>4</sup> revela que o problema mais grave dos serviços de saúde está vinculado às filas de espera. O ponto sensível - a face mais perceptível, para os brasileiros entrevistados, ao avaliarem o SUS, é referente ao fator tempo: tempo de espera nas filas, tempo à espera da marcação de uma consulta.

De modo especial, algumas políticas de gestão foram implementadas enquanto estratégias para a melhoria do atendimento nos serviços de saúde, enquanto um dos exemplos dessa experiência, podemos citar, Governos Locais de São Paulo que historicamente congregaram atores sociais vinculados ao Movimento da Reforma Sanitária e serviram de base para a elaboração de um projeto de mudança no modelo de atenção do SUS. Esse modelo de atenção à saúde,

---

avaliações, grau de satisfação e posicionamentos da população brasileira frente a diversas questões relativas ao atendimento à saúde prestado pelo SUS em todo o País. O objetivo maior foi oferecer as informações coletadas aos gestores como mais um elemento para a tomada de decisões e o desenho de políticas de saúde que possibilitem um desenvolvimento do SUS contínuo e consistente.

<sup>4</sup> A pesquisa *A Saúde na Opinião dos Brasileiros em 2002* envolveu a aplicação de 3.200 questionários a uma amostra aleatória de pessoas com idade mínima de 16 anos, residentes em Municípios dispersos por todo o território nacional. A amostra foi calculada de forma a permitir resultados significativos não apenas para o conjunto do país, mas também para cada uma de suas grandes regiões geográficas.

chamado por seus proponentes de “Modelo em Defesa da Vida”<sup>5</sup> serviu de substrato para elaboração da Política Nacional de Humanização.

O projeto “Em Defesa da Vida”<sup>6</sup> proposto pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – LAPA – foi formado, no final da década de oitenta, por um grupo de profissionais da saúde que atuavam no chamado Movimento Sanitário Nacional.

O LAPA faz parte do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Apostando na Universidade como espaço de produção e construção do SUS, reuniu profissionais de variadas formações e com experiência em serviços de saúde que buscam articular academia e serviço através de suas atuações como assessores e/ ou integrantes das equipes dos serviços. Ao mesmo tempo em que se teorizava, experimentava-se e vice-versa.

O LAPA tem, nas suas experiências institucionais, realizado intervenções em diferentes campos buscando construir alternativas à gestão no setor saúde, apostando na mudança das instituições de saúde, através de:

- Ações que visam às reformas das organizações públicas gestoras e prestadoras de serviços de saúde, no sentido de sua modernização gerencial, procurando torná-las mais públicas e mais eficientes;
- Ações que objetivam o desenvolvimento de uma nova cultura gerencial, no sentido de construir práticas mais coletivas e transparentes, através da montagem de Sistemas Colegiados de Gestão horizontalizados e centrados em contratos os quais

---

<sup>5</sup> Modelo proposto pelo Laboratório de Planejamento da UNICAMP in CECÍLIO et al. Inventando a Mudança na Saúde.

<sup>6</sup> O Projeto em Defesa da Vida tem como objetivos a criação de novos modelos de gestão baseados em: gestão colegiada em todos os níveis, - “achatamento” do organograma com redução dos níveis de poder, - planejamento ascendente a partir das equipes de trabalho e uma radical transformação dos seus processos de trabalho (Onocko e Amaral, 1997). O pano de fundo dessas experiências, ou melhor, o que as estimulava era a compreensão da necessidade e da justiça da luta por um hospital público, inserido dentro do Sistema de Saúde que garantisse atendimento humanizado, competente e universalizado, conforme as consignas do Movimento Sanitário.

devem ser explicitados por sistemas de prestação de contas, públicos e centrados nos usuários;

- Ações que procurem reorganizar o processo de trabalho em saúde no sentido de impor a racionalidade das necessidades de saúde dos usuários como molas mestras do fazer cotidiano dos serviços, ações estas que devem ser compatibilizadas com critérios de eficiência e eficácia.

É preciso pensar no atual contexto político, onde a defesa do SUS é um luta permanente, passando necessariamente pela exigência de construir novas formas de gestão da saúde com proposições para melhorar a organização dos processos de trabalho no interior dos serviços de saúde, além da incorporação de outros elementos vitais, para a continuidade das ações, tais como: denunciar a mercantilização da saúde, adoção da gestão democrática e participativa, fortalecimento do controle social e principalmente a defesa intransigente do sistema público e universal da saúde em contraposição à sua privatização.

## 2.2 A POLÍTICA DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E SUAS PRINCIPAIS DIRETRIZES DESTINADAS ÀS MULHERES

No final dos anos 1980, segundo Teixeira e Fonseca (2007) as preocupações com o câncer ganharam novas dimensões e características. Sabendo-se da necessidade da prevenção e das ações básicas, e de buscando a integração dos diferentes subsistemas de saúde em andamento, o câncer passou a ser visto como um problema de maior amplitude, não podendo restringi-lo ao âmbito das ações curativas de alta complexidade e a campanhas unicamente dirigidas a populações específicas. O controle do câncer passou a ser baseado a partir da prevenção, da detecção precoce e da integração dos serviços.

A criação da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer (CONTAPP), em 1996, tinha por objetivos a capacitação de profissionais; desenvolvimento de pesquisas; elaboração de livros didáticos,

folhetos, cartazes e adesivos sobre o assunto; assessoramento técnico nos projetos de lei relacionados ao tabagismo; e participação em congressos de todas as áreas de conhecimento sobre o tema. A partir do ano 2000, o INCA, por Decreto Presidencial Nº 3.496, passou a ter competência para desenvolver ações nacionais de controle do câncer, o que tornou referência nacional na prestação de serviços oncológicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com isso foram criados 04 Hospitais do Câncer e um Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO).

A Portaria nº 2.439 de 08 de dezembro de 2005 estabelece a Política Nacional de Atenção Oncológica: para promoção, prevenção, diagnóstico tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Precisando ser organizada de forma articulada juntamente com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios permitindo:

Desenvolver estratégias coerente com a Política Nacional de promoção à saúde voltadas para identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas; organizar uma linha de cuidado que perpassa todos os níveis de atenção e atendimento; constituir redes estaduais ou regionais de atenção oncológica, formalizadas nos planos estaduais de saúde, hierarquizados com estabelecimento de fluxos de referência e contra- referência garantindo acesso e atendimento integral; definir critérios técnicos adequado para o funcionamento e avaliação e monitoramento do serviço público e privado de diversos níveis da atenção oncológica; amplia a cobertura de atendimento aos doentes de câncer, garantir a universalidade, a equidade a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica; Fomentar coordenar, e executar o projeto estratégicos de incorporação oncológica; contribuir para o desenvolvimento do processo e método de coleta, análise e organização dos resultados das ações recorrente da Política Nacional de atenção Oncológica; promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoamento permanentemente a produção de dados e a democratização das informações; qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde; fomentar a formação e a especialização de recursos humanos; Incentivar a pesquisas atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de ciência e tecnologia em saúde.

(BRASIL, Política Nacional de Atenção Oncológica, 2005).

A segunda Portaria fundamental a ser citada, institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, é instituída em 16 de maio de 2013, sob a Portaria Nº 874. O objetivo desta nova política é:

A redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer,

bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (Art. 2º, Portaria Nº 874, 16 de maio de 2013).

Assim, observamos que a segunda política é o complemento da primeira, principalmente pelo fato de que durante décadas a responsabilidade pelas pessoas acometidas pelo câncer estava nas mãos de entidades filantrópicas ou privadas que contavam apenas com um repasse financeiro do governo, mas esse não se responsabilizava pelos serviços necessários aos pacientes oncológicos.

Das considerações da política instituídas em 2005, podemos destacar as seguintes:

Considerando as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer; Considerando a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no País.

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública.

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica; e considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS (BRASIL, Portaria Nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o câncer é um problema de saúde pública mundial sendo a segunda maior causa de morte, perdendo somente por doenças cardíacas isquêmicas. Era considerado no passado como uma doença dos países desenvolvidos e a transformação ocorreu com aumento das crescentes taxas de incidência nos países em desenvolvimento. Foi atribuída diretamente ao processo de globalização e a cultura dos povos, gerando uniformização do novo estilo de vida. Na contemporaneidade, ocorre uma transformação do perfil epidemiológico dos países desenvolvidos sobretudo na América Latina, não é diferente do Brasil, o tratamento é de alto custo e aumenta cada ano<sup>7</sup>.

As principais causas da morte das mulheres no Brasil são doenças cardiovasculares, infarto agudo, acidente vascular cerebral, neoplasias, sobretudo

---

<sup>7</sup> A gestão do câncer na contemporaneidade. Produção de Germano e Lima (2011).

câncer de mama, de pulmão e de colo de útero, dentre outras, são fatores que leva a morte, precisa de cuidados controle e acompanhamento médico<sup>8</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, em 2030, 22 milhões de pessoas dentre homens e mulheres e crianças serão diagnosticados com câncer por ano, 13 milhões morreram da mesma doença (Globo, 2014). Grande número de morte por câncer ocorre nos países de baixa renda, responsável por 85% das mortes por câncer do colo do útero.

Em 2014 e 2015<sup>9</sup> meio milhão de novos casos do câncer são ligados aos fatores de riscos como tabagismo, infecciosos como o vírus do HPV e hepatites, bacterias como H- Pílore, fatores ambientais como radiação solar e ionizante ao estilo de vida alimentação inadequado e fatores genéticos contribui com 10% dos casos. No decorrer dos últimos 20 anos, a mortalidade por alguns canceres no Brasil vem sendo reduzidos, como câncer de mama, do colo do útero e de pulmão, com ajuda do INCA, desde 2005 que vem promovendo a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Segundo Laurenti (2002), foi realizada uma pesquisa nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, avaliando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos, que estão em idade fértil, entre as dez primeiras causas de morte encontradas são: aids, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, diabete e câncer de colo de útero (CCU).

A doença carrega consigo determinações históricas e sociais, embora a circulação de informações do câncer e seus avanços na promoção, prevenção, diagnóstico tratamento, recuperação e cuidados paliativos, forneça esperança de vida, porque essa doença é concebida como dolorosa, cruel e sem cura. O câncer é uma doença que associa diversas simbologias negativas, a maioria dos pacientes temem a morte, a doença também se relaciona com as cirurgias mutiladoras,

---

<sup>8</sup> É incontestável o fato de que hoje, no Brasil, o câncer é um problema de saúde pública e, por isso, seu controle e prevenção devem ser priorizados no país. Assim, foram incluídas ações de controle de câncer entre os 16 Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2011-2015, com destaque para as ações de redução da prevalência do tabagismo e de ampliação de acesso, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno dos cânceres de mama e do colo do útero, assim como a publicação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (INCA, 2014).

<sup>9</sup> Dados disponibilizados em [www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf](http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf) com acesso em 5 de dezembro de 2016.

vinculando-se com a finitude e a deformação. Isso faz com que todos processos da doença sejam vivenciados pelos usuários e seus familiares com angústia.

Para Luiz & Fonseca (2007) no Brasil, o câncer é um problema de saúde pública que deve ser de responsabilidade do Estado. Segundo o INCA (2012), o câncer é a terminologia utilizada para um determinado grupo de doenças que tem em comum o desenvolvimento desordenado das células. Cada célula do nosso corpo se multiplica seguindo a lógica, uma propagação significa algo de errado no nosso organismo. Existem dois tipos de neoplasias malignas e benignas, para que seja considerada uma neoplasia é preciso um crescimento desordenado das células causando um transtorno funcional e invasão em outros tecidos e órgãos, se no caso esse crescimento não for controlado passa a ser autônomo se dividindo de forma rápida, desenvolvendo novas células diferentes dos tecidos normais, alastrando-se para outra parte do corpo, essa fase é conhecida como metástase. É uma característica de diferentes tipos de câncer no mesmo órgão, isso corresponde a vários tipos de células do organismo humano. Enquanto a neoplasia benigna tem crescimento mais lenta, ordenado, delimitado, e células iguais aquelas dos tecidos normais não invadem outros órgão e tecidos não ocorre metástase, contudo pode comprimir outros órgãos, para que isso não aconteça é necessária uma intervenção e tratamento.

O resultado do procedimento do Câncer de Colo de Útero, depende do desenvolvimento da doença que vai ser diagnosticada a partir do momento da realização do exame, às vezes leva à morte, devido a não realização do exame preventivo, através do preventivo pode descobrir o nódulo na fase precoce, isso facilita bastante no momento do tratamento, pode até, não precisar do tratamento mais agressivo para combater o nódulo. As vezes isso não acontece, a maioria das pessoas quando descobre já está no estado avançado ou terminal, dificultando o tratamento.

Atualmente a maioria das mulheres já têm conhecimento sobre a gravidade da doença e procuram fazer exame preventivo sem solicitação médica, infelizmente mesmo assim existem mulheres que não fazem preventivo e nem sabem o que é exame preventivo, para que serve, devido as dificuldades que enfrentam nos hospitais públicos para ter acesso e utilizarem os serviços.

Essa realidade é atribuída aos seguintes fatores: dificuldades no acesso aos serviços e programas de saúde; pouca capacidade do Sistema Único de

Saúde (SUS) em absorver a demanda; dificuldades dos gestores municipais e estaduais quanto à definição de fluxo na assistência que possibilitem encaminhamento adequados das mulheres com exame alterado (BRITO SILVA et al, 2014; PANOBIANCO et la, 2012).

Dificuldades no âmbito do SUS, afetam mais a vida das mulheres que precisam de encaminhamentos com urgência, caso o exame apresente alguma alteração, exigindo a repetição do exame, mas por falta da estrutura atrasa o procedimento para realização do outro exame, para ser comparado caso o diagnóstico dê positivo, visando iniciar rapidamente o processo de tratamento.

Como podemos ver o maior número das mulheres que realiza exame de Papanicolau no Brasil, se encontra abaixo de 35 anos de idade, o risco maior da doença encontra-se a partir desta faixa etária. É interessante, frisar que devemos desconstruir essa dinâmica de “culpabilização” das mulheres pela sua condição saúde x doença. A maioria do público nesta faixa etária encontra-se na sua fase produtiva não conseguindo acessar a Unidade Básica de Saúde após às 17:00 horas. A exploração da força de trabalho somada com o movimento de feminização da pobreza<sup>10</sup> são elementos constituintes e que determinam a produção social da doença.

A estratégia definida pelo Ministério da Saúde (MS) para rastreamento do câncer de colo de útero e suas lesões precursoras é o exame citopatológico (teste de papanicolau, para as mulheres a partir de 25 anos, que já iniciaram atividade sexual, prosseguindo até os 64 anos de idade e interrompidos após essa idade quando tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames anuais consecutivos considerados normais (BRASIL 2011a, p. 104).

O acesso<sup>11</sup> à saúde para a realização do exame é de fundamental importância para o enfrentamento deste processo, o CCU pode ser evitado através

---

<sup>10</sup> As autoras das mais diversas vertentes do feminismo, desde as mais radicais até as conservadoras, relacionam a “feminização da pobreza” com dois elementos: o aumento da chefia feminina como indicador de pobreza e a inserção das mulheres no mercado de trabalho de forma subalternizada... Por tudo isso, é necessário (re) atualizar o debate sobre “feminização da pobreza” e a relação do movimento feminista com Estado, numa perspectiva de totalidade. Até para não se aderir ao pensamento pós-moderno, conservador e (neo)liberal, próprios de um movimento feminista de direita. Soares (2013).

<sup>11</sup> O uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele. A despeito de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores. Fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado. A continuidade também depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que seja analisada em suas particularidades. Martins & Travassos (2004).

da prevenção, cuidado e diagnóstico. Outro fator que pode causar a morte das mulheres é o desconhecimento da importância da realização do exame, é preciso criar estratégia educativa que envolvam as usuárias, com finalidade de compartilhar as informações adequadas sobre serviços direcionadas às mulheres.

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a saúde da mulher deve ser prestada na sua totalidade. O atendimento oncológico deverá incluir um conjunto de ações assistenciais que assegurem os direitos das mulheres na sua plenitude, necessariamente devendo considerar e se coadunar com os elementos em destaque nesta política:

- ❖ O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para atenção integral à saúde da mulher numa perspectiva que contemple a promoção da saúde da população feminina, e controle de patologia e a garantia do direito à saúde;
- ❖ A política de atenção saúde da mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias, e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residente em área urbanas e rurais, em local de difícil acesso, em situação de risco, entre outros).
- ❖ A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher, deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
- ❖ A gestão da política de atenção à saúde deverá estabelecer dinâmica inclusiva, para atender as demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis de assistência.
- ❖ A atenção integral à saúde da mulher refere-se aos conjuntos de ações de promoção, de proteção, assistência e recuperação da saúde executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).
- ❖ O SUS, deverá garantir o acesso das mulheres em todos os níveis de atenção à saúde no contexto de descentralização hierarquização e integração das ações e serviço, garantir as condições para execução da política de atenção à saúde da mulher.
- ❖ As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio de humanização, aqui compreendido como atitude e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde com direito, que melhorem graus de informação das mulheres em relação ao seu corpo, e sua condição de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequada ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada para a cada caso e que demonstrem interesse resolver problema diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da cliente e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 64 a 65).

Como demonstram os itens acima citados, o SUS precisa criar mecanismo para a capacitação dos profissionais de saúde. Pensar a mulher para além da sua dimensão apenas reprodutiva. Mas sim em todos os níveis da assistência à saúde.

A Lei 12.732 de 2012 garante direitos de todos pacientes portadores de neoplasias malignas, e determina prazo de até 60 (sessenta) dias a partir do momento do diagnóstico confirmado em laudo patológico, pode ser no prazo menor para que o paciente inicie o primeiro tratamento no SUS.

Segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer no ano de 2012 foram esperados 15.590 novos registros de câncer do colo do útero, com estimativa de risco de 15.33 casos a cada 100 mil mulheres no país. No Estado da Bahia estimativa é de 1.120 casos detectados, sendo que 260 se encontra em Salvador. Os Indicadores Nacionais ainda revelam 28,6% do crescimento da mortalidade em 10 anos, passou de 4.091 em 2002, para 5.264, em 2012.

De acordo com os médicos, o câncer está diretamente relacionado à prática sexual, para evitar a doença é precisa ter cuidado, o principal método de prevenção, é o uso de preservativo durante as relações sexuais, que previne a infecção- o HPV como também outras doenças que podem ser transmitidas durante uma relação sexual. De acordo Instituto Nacional de câncer no ano de 2010 foram constatados 500.000 casos do câncer do colo do útero (CCU) no Brasil, sendo que 18.430 casos correspondem a um risco estimado de 10/ 100 mulheres. Estudo feito nas diferentes regiões do país, constataram que a incidência dessa doença ocorre de forma heterogêneo, na região Sul 21/100.000 mulheres; no Norte 23/100.00; no Centro Oeste 20/100.000; no Sudeste 16/100.000 e no Nordeste 22/100.000, mulheres.

O INCA (2008) revela que a detecção precoce somada ao tratamento adequado ajuda na redução de forma parcial da evolução da doença uma vez que sua progressão se dá de forma agradável e lenta. O câncer do colo uterino dentre todos os tipos de câncer é o que tem maior potencial de prevenção da doença invisível e é curável (INCA, 2008 p. 28). Para prevenir do CCU, a melhor forma é a prevenção, realização do exame de Papanicolau, assim como o uso de preservativo durante a relação sexual.

3 O CASO DE SALVADOR /BAHIA: conhecendo os principais dados epidemiológicos e tecendo reflexões acerca da situação das mulheres com Câncer do Colo de Útero.

Nesta seção, estão descritos os principais indicadores epidemiológicos sobre o Câncer do Colo de Útero na Bahia. A intenção é demonstrar o comportamento da doença e seus crescentes impactos na vida das mulheres.

### 3.1 ATENÇÃO AO TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO NA BAHIA E PRINCIPAIS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A Bahia tem grande evidência na história brasileira na luta contra o câncer, desde a fundação da Liga Bahia Contra o Câncer (LBCC) em 1936, era conhecido como Instituto de Câncer para a Bahia, tendo como objetivo o atendimento das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero. Depois de três anos deu início às obras da sede da Liga, sendo o seu fundador- Aristides Pereira Maltez Desde a fundação da Liga - a LBCC (responsável pelo funcionamento de HAM) continuou com a mesma filosofia, de cuidado prioritário aos pacientes carentes portadores de câncer no Estado da Bahia. O Hospital Aristides Maltez é uma das entidades mais antigas da Bahia que trabalha com a finalidade de combater as neoplasias. A LBCC atua em diversas áreas, dentre elas: a educação, o ensino, a pesquisa, o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação; a prevenção; o acompanhamento, contando com o incentivo ao voluntariado e procurando manter o contato entre os órgãos estatais na busca de parceiros na luta para combater a doença.

Outro hospital de referência no tratamento do câncer na Bahia, é o Hospital Santa Izabel (HSI) conhecido como “Hospital de Caridade” a criação do Hospital Santa Izabel baseou-se na fundação das Santas Casas de Portugal. Passou por diversas dificuldades entre os anos de 1814 neste ano foi doado o terreno para construção do novo hospital, em 1822 foi o ano de grande instabilidade política no Brasil, mesmo sendo o período da consolidação da independência do país, em 1893 foi inaugurado o novo hospital da Santa Casa recebendo o nome de Hospital Santa Izabel.

O setor de oncologia do Hospital Santa Isabel faz em média 1400 atendimentos mensais, de acordo com a informações disponíveis no site da

instituição<sup>12</sup> desde as consultas clínicas, cirurgia, a radioterapia, tratamento de quimioterapia, inclusive a internação. Oferece aos pacientes que fazem tratamento fora do domicílio (TFD) o chamado “apoio social”.

O Estado da Bahia conta ainda com outras instituições que oferecem prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle do câncer para a população. Destas instituições, o Centro Estadual de Oncologia (CICAN) em 1980 trabalhava com prevenção do câncer do colo do útero sob comando de Dr. Ilza Prudente, a instituição funcionava no anexo do 5º centro de saúde na Avenida Centenário. Em 1984, ganhou a própria sede no Rio Vermelho e foi transferido daí CICAN passou a ser centro de referência em prevenção e tratamento do câncer de colo de útero, mama e DST. Passou por outra transferência em 1992 para sede maior e estruturada que permite atender diversos tipos de tumor, e diferentes especialidades médicas, laboratório centro cirúrgico, quimioterapia ambulatorial, passou a ser centro de referência em oncologia em todo o Estado da Bahia, atua na área de pesquisa e formação oncologia para profissionais de saúde. A partir de 2002 passou atender uma média de 600 pacientes por dia, 52% destes pacientes externos que procuram o serviço para realização dos exames solicitadas pela rede SUS, serviço de mamografia ultrassonografia e exame laboratorial, as vezes busca de informação sobre outros exames, e outros pacientes são os que estão em tratamento na unidade. O CICAN tem como objetivo principal- a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle da doença. A partir da inserção no estágio supervisionado no CICAN, houve a emergência de questionamentos para conhecer, em particular, a situação das mulheres que convivem com o Câncer de Colo de Útero. Qual é o impacto desta doença nas suas vidas? Quais são seus desafios? Como esta luta é empreendida?

Segundo o Ministério da Saúde, o CCU é o segundo tipo de câncer que mais predomina com 15% de todos os tipos de câncer mais frequentes entre as mulheres no mundo. Na América Latina e no Sudeste Asiático, as percentagens do caso nas maiorias das vezes são altas, em relação ao América do Norte, Austrália, Norte e Oeste Europeu, a estimativa é considerada baixa.

Em Salvador, todas as faixas etárias apresentaram tendência decrescente. As mulheres com mais de 40 anos apresentaram uma diminuição mais evidente quando

---

<sup>12</sup> Dados encontrados em [www.hospitalsantaizabel.org.br/](http://www.hospitalsantaizabel.org.br/) com acesso em 4 de janeiro de 2017.

comparada à faixa etária de menores de 40 anos. A queda da mortalidade em ambas as faixas etárias é importante, pois era de se esperar que, com a melhoria da acuidade diagnóstica nos últimos anos em Salvador, ocorresse um aumento relativo na mortalidade por câncer de colo do útero. Portanto, a queda na tendência da mortalidade nessa faixa etária pode indicar uma melhoria na atenção médica, principalmente na cobertura do teste de Papanicolau na capital. Na Bahia, tanto na faixa etária de menores de 40 anos quanto na faixa de maiores de 40 anos observaram-se tendências crescentes. Considerando a mortalidade relativamente baixa encontrada no estado da Bahia em todo o período, era de se esperar que houvesse esse aumento na tendência de mortalidade da Bahia, devido à maior disponibilidade de métodos diagnósticos nos últimos anos. Esse resultado é corroborado por outro estudo que mostrou aumento na taxa de mortalidade por câncer de colo do útero no interior da Bahia entre os anos de 1996 e 2006.<sup>13</sup>

O câncer de mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, depois do câncer de pele não melanoma, respondendo por cerca de 25% dos casos novos anualmente. Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 1980 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998, **onde tanto o câncer de mama como de colo de útero passaram a ser prioridade**. O controle do câncer de mama foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005 e no Pacto pela Saúde em 2006. **Segundo essa mesma política a neoplasia de colo uterino atinge principalmente, a faixa etária de 35 a 55 anos**, podendo, todavia, ocorrer em mulheres ainda na fase da adolescência.

Embora o Câncer do Colo de Útero oferece maior chance de prevenção através do rastreio, mesmo assim ainda existem mulheres no Brasil que morrem por este tipo de câncer, devido também à falta de desconhecimento da importância da realização do exame de Papanicolau (SILVA et al., 2010). Segundo Oliveira et al. (2006) o exame de Papanicolau incide no esfregaço de células oriundas da ectocérvice e da endocérvice, que são retiradas através da raspagem do colo do útero, contribuindo para a redução da mortalidade por este tipo de câncer. A aderência para realização do exame ainda está longe da cobertura recomendada pelo Ministério da Saúde.

---

<sup>13</sup> Ver em Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diagnóstico da situação de saúde estado da Bahia. Rev Baiana Saúde Pública. 2008 set/dez;32(3):319-483.

Segundo Ministério da Saúde, em 2005 foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), para controle do câncer do colo do útero e de mama sendo destacados nos planos estaduais e municipais de saúde através da (portaria GM nº 2. 439/ 2006 de 31 de dezembro de 2005). A importância da descoberta precoce dessas neoplasias foi confirmada durante o pacto pela saúde em 2006, através da inclusão de indicadores e meta do Estados e municípios com intuito de melhorar execução das ações com prioridade na agenda sanitária nacional de aproximar as mulheres mais da saúde. Depois de todas essas ações foi registrado pelo SISCOLO aproximadamente 11 milhões de exames citopatológicos no Brasil só em 2009, mesmo com avanços nos níveis de atenção primária e do SUS, permanece ainda o desafio para ser vencido na redução da mortalidade pelo câncer do colo do útero no Brasil.

Mesmo com o surgimento do método de rastreamento, o câncer de colo de útero continua sendo uma das neoplasias malignas mais frequentes no mundo, sobretudo nos países subdesenvolvidos que atinge aproximadamente 80% das incidências e mortes em consequência dessa neoplasia. Segundo a comunidade científica a infecção prévia pelo papiloma vírus humano (HPV) é um dos principais fatores de risco que origina câncer do colo do útero, o HPV é transmitido através da relação sexual, é uma doença sexualmente transmissível mais frequente no mundo. Maior índice da infecção de HPV é na África e na América do Sul, é menos elevado na Europa, e intermediário na Ásia. Essas distribuições desiguais podem ser explicadas através dos seguintes fatores: socioeconômico, cultural e entre as regiões, devido a condição de vida dessas pessoas que vivem nessas regiões. A diferença continua sendo heterogênea, nos países subdesenvolvidos continuam com maior índice de mortalidade das mulheres por câncer de colo de útero, em relação aos países desenvolvidos, houve a redução da mortalidade nos últimos anos. Há diminuição da mortalidade em alguns países desenvolvidos, como nos Estados Unidos e parte da Europa Ocidental, isso pode ser explicado, porque tiveram maiores condições de oferecer teste de Papanicolau, isso contribuiu para a redução da mortalidade por câncer de colo de útero.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) apresenta dados recentes, mostrando que o câncer do colo do útero, é o segundo com maior caso e o quarto com maior número de mortalidade dentre as mulheres. De acordo com avaliação do INCA para 2008, são esperados que o índice desse câncer seja de 19,2/ 100.000

mulheres. A distribuição da taxa de caso do câncer do colo do útero, nas diversas regiões do Brasil é heterogênea, região Sul apresenta maior caso 24,4/ 100.000 mulheres em relação região Nordeste com menor incidência 17,6/ 100,000 mulheres.

A comparação da incidência do Câncer do Colo de Útero em Salvador em relação as demais capitais brasileiras, revela que Salvador continua ainda com maior taxa de mortalidade em comparação com outros capitais. De 1980 a 1999, o Estado de São Paulo houve a redução da mortalidade por câncer do colo do útero e a taxa de mortalidade variava de 5/ 100.000 a 5,5/100.000, no Rio Grande do Sul entre 1979 a 1998 houve aumento de forma discreta na tendência da mortalidade com a média de taxa de 7,58/100.000 durante o período; em Minas Gerais em 1980 a 2005 houve redução de 0,56% de tendência da mortalidade por câncer do colo do útero a taxa varia aproximadamente de 3,1/100.000 a 4,6/100.000 nesse período. Em relação Salvador e na Bahia como um todo há diferença entre os resultados encontrados ainda é maior ao comparar com outros países desenvolvidos no caso da Suécia, Espanha e França que apresentaram taxas de mortalidade de 1,9/100.000; 1,8/100.000; 1,5/100.000, concomitantemente.

### 3.2 Aspectos Metodológicos da Pesquisa

A metodologia utilizada para estudo foi de abordagem qualitativa, por meio da técnica de entrevista semiestruturada, buscando conhecer as mulheres que procuram pelo tratamento do câncer do colo do útero no CICAN em Salvador/Bahia.

A pesquisa qualitativa responde à questão muito particulares (...) ou seja ela trabalha com universo do significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde de um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis" (MINAYO, 1996, p. 21-22).

De acordo com Minayo (1996), a entrevista é o processo mais eventual no trabalho de campo. A partir dela, o pesquisador busca obter informações contidas na fala das entrevistadas.

Devido as dificuldades enfrentadas para realização da entrevista, vale lembrar que o objetivo da pesquisa, era fazer entrevistas com mais de duas mulheres. Ao entrar em contato com o Centro Estadual de Oncologia (CICAN), a Unidade pontuou uma série de protocolos, assim não foi possível fazer contato com todas as usuárias atendidas, mesmo assim, entrei em contato com quatro usuárias e expliquei a proposta do trabalho, as mesmas pediram alguns dias para pensar, conseguindo somente entrevistar duas mulheres que aceitaram participar do processo de pesquisa.

As entrevistas ocorreram no dia 16 de fevereiro de 2017, fora da dependência do Centro Estadual de Oncologia, as entrevistas duraram cerca de 20 minutos e foram gravadas com as autorizações delas. As usuárias que concordaram participar da pesquisa foram identificadas com os nomes fictícios, Maria e Francisca.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise do conteúdo. De acordo com Minayo (2004), a análise de conteúdo ultrapassa o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação de um determinado objeto e conseguir um cuidado crítica frente da comunicação de documentos, textos literários, bibliografia, entrevistas ou observações. Para que isso aconteça é preciso ter o conhecimento das suas variadas técnicas ou modelos, por exemplo: o modelo de comunicação instrumental reforça a importância ao contexto e as situações nos quais a mensagem é vinculada, colocada em segundo plano o mediamente expresso por ela e o representacional, que considera como fundamentais as palavras da mensagem por elas conterem elementos indicativos viabilizadores da análise do pesquisador (SETUBAL, 1999).

Os principais eixos que nortearam as reflexões foram:

- Acesso aos serviços de saúde e disponibilidade de oferta no atendimento oncológico;
- Assistência à saúde;
- Direitos;

Vale ressaltar que foram utilizados um roteiro e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**em anexo**) para a coleta das informações necessárias visando subsidiar a pesquisa.

**3.3 RESULTADOS DA PESQUISA: O Cotidiano das Mulheres com Câncer de Colo do Útero: O Percurso de suas Vidas e os Impactos da Doença na sua História**

Nessa seção foram apresentados os principais resultados da pesquisa e os respectivos eixos de discussão. Foram feitas breves reflexões com a pretensão de problematizar “os achados” da pesquisa.

No momento de adoecimento ambas as entrevistadas demonstraram sentir esse vínculo familiar como algo central no processo de tratamento, recebendo apoio da sua família desde o início do tratamento.

**Como primeiro eixo de discussão, encontra-se o trajeto das mulheres no acesso para o tratamento.**

Maria, 55 anos, solteira, 5 filhos, origem Camaçari /BA, orientação sexual -heterossexual, cor parda, religião evangélica, escolaridade analfabeta... nunca estudei trabalhava como doméstica e na roça, tudo começou em 2016, atualmente se encontra afastada do trabalho para dedicar somente ao processo de tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto à trajetória de Francisca, no seu percurso de acesso e tratamento, pode-se dizer que Francisca é uma mulher de 66 anos, solteira, 4 filhos, origem de Itabuna/BA, orientação sexual heterossexual, cor branca, religião católica, escolaridade ensino médio completo, fiz curso de Teologia, dançarina, frequento centro espírita. Nunca fiz exame preventivo, porque nunca passou pela minha cabeça que um dia poderia acontecer comigo.

O trabalho é uma categoria central na vida em sociedade. Por conta da própria doença, muitas mulheres deixam de exercer suas atividades laborais. A concepção ampliada de saúde reforça o conceito de que saúde está relacionada ao direito ao trabalho, lazer, educação, habitação, entre outros elementos. O estigma carregado por essas usuárias é muito grande e a discriminação sofrida nos mais diversos contextos produzem até mesmo isolamento social.

O cotidiano da assistência prestada às usuárias com câncer é extremamente difícil, não apenas pelo diagnóstico, da doença em si, mas pelas inúmeras mudanças que a doença traz na vida dessas mulheres. O câncer é uma doença que é carregada por uma simbologia negativa, sendo considerado um problema de saúde pública.

Em 1998, foi fundado pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo de Útero, publicação por meio da Portaria GM/MS nº 3040/98 de 21 de junho de 1998. Um ano depois houve a transferência da coordenação do programa para o Instituto Nacional de Câncer (INCA) através da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999. No mesmo ano foi criado também o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como

elemento estratégico para monitoramento e gerenciamento das ações, através da (Portaria nº 408, de 30 de agosto de 1999).

Em 2002, houve todo um fortalecimento à política de atenção visando a produção uma maior qualidade da rede de atenção primária, com ampliação dos Centros de Referência possibilitando mais ainda o acesso das mulheres que nunca se submeteram ao exame preventivo ou aquelas que ficaram por muito tempo sem fazer o exame.

Eu não tenho costume de fazer exame preventivo, descobri o câncer através da dor, sentia muita dor não sabia o que era, depois de muito tempo fui no médico ele passou exame preventivo eu fiz deu positivo, foi assim que descobri. Daí fui no Cican, pela primeira vez fiz triagem marquei consulta com médica oncologista no dia da consulta ela disse que vou fazer dois tipos de procedimento diferente ao mesmo tempo quimioterapia e radioterapia, Cican não faz radioterapia só quimioterapia, para marcar radioterapia fui orientada a procurar Secretaria de saúde de Camaçari é o meu município para marcar via regulação, fui lá, eles ficaram de entrar contato com unidade hospitalar que atende SUS se tiver vaga para marcar, depois vão ligar para me avisar em que unidade conseguiram marcar radioterapia dia e hora para começar tratamento, se fosse só quimioterapia seria mais fácil porque faz no Cican podia marcar no mesmo dia da primeira consulta, quando sair da consulta passava no central de marcação deixava tudo marcado, mas, não foi que aconteceu fiquei em casa esperando ligação da secretaria nada quase um mês de espera, não posso começar quimioterapia porque tenho que fazer os dois juntos. Por falta de vaga atrasou o início do meu tratamento, graças a Deus comecei fazer quimioterapia uma vez na semana e radioterapia todos os dias no hospital Aristides Maltez, não fiz cirurgia. A médica não disse nada ainda sobre cirurgia, vou fazer um ano que estou sendo atendida na unidade, já estou perto de terminar a quimioterapia, radioterapia vou fazer ainda porque faltaram algumas seções, por conta do problema, a máquina estava quebrada (Maria).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2006) apresenta nas suas diretrizes, os deveres e direitos dos usuários dos serviços de saúde. O documento mostra que alguns direitos no âmbito do sistema são violados ou invisibilizados. Toda pessoa têm direito ao acesso a bens e serviços organizados e que permitam a garantia e a promoção da atenção, da proteção, do tratamento e da recuperação da saúde, todo indivíduo tem direito ao tratamento de qualidade e no tempo certo para melhor cuidar do seu problema de saúde, tem direito ao tratamento humanizado e deve ser realizado por profissionais qualificados no espaço adequado, limpo, acolhedor e acessível para todas pessoas, todas tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados sem interrupções.

Constata-se que a existência da doença causa sofrimento, fragilidade, como também dependência física e emocional da pessoa. Porém, esse processo sinalizado na fala da entrevistada está vinculado às questões de gestão da política de saúde e do próprio trabalho em saúde. Tradicionalmente, os processos de trabalho em saúde, muitas vezes, são centrados nos procedimentos ou na técnica, onde os objetivos são os próprios meios de trabalho do exercício da clínica, baseada na queixa-conduta ou ainda em um modelo biologicista em que a doença é tomada como o objeto de trabalho, ocupando todo o corpo, personalidade, todo o sujeito doente. A reversão deste cenário só é feita com o envolvimento das pessoas num outro movimento empreendido pela gestão do trabalho. Além da questão cultural, temos também a temática das condições de trabalho dos profissionais que é preciso destacar dentro desta perspectiva.

Sobre o trabalho do Serviço Social, as entrevistadas salientaram:

Fui acolhida pelo Serviço Social, foi muito bom, gostei do trabalho das assistentes sociais, elas sempre dão orientação que a gente precisa sobre o direitos e benefícios dos usuários, já participei da palestra, foi bom, falaram sobre a importância do tratamento e deram orientação sobre os direitos e benefícios dos usuários, antes de descobrir eu tenho câncer nunca teve contato com a pessoa que tinha câncer. Depois que eu descobri o câncer a minha vida mudou, a minha rotina também porque deixei de fazer o que fazia parei de trabalhar, agora não faço mais nada estou sendo cuidado pela minha família, moro em Camaçari, nunca trabalhei com carteira assinada nem pagava INSS, não recebo outro auxílio, único auxílio que eu recebo (TFD) transporte da prefeitura. O meu tratamento não começou na data que deveria começar devido a burocracia do sistema de saúde falta de vaga fiquei esperando ligação da secretaria de saúde ficou de avisar, graças a DEUS demorou mas deu tudo certo comecei o tratamento, tenho apoio da minha família principalmente das minhas filhas que me acompanham todos os dias (Maria).

De acordo com a Lei 12.732/2012 todos os usuários portadores de neoplasias malignas têm direito de começar o tratamento no prazo de sessenta dias ou menos, através do Sistema Único de Saúde (Sus) – conforme já dito em momento anterior. Infelizmente, existem contradições no que tange ao acesso para o tratamento. Segundo Almeida (2016) apesar de não se obter dados desta espera, a morosidade de diagnóstico para o tratamento pode chegar a ser de oito meses até um ano.

É preciso acabar com a prática do acesso aos procedimentos de saúde de forma focalizada e excludente. A linha de cuidado é uma estratégia que foi pensada para fortalecer a integralidade das ações em saúde. Os trabalhadores, usuários e gestores do sistema precisam coletivamente enfrentar a discussão de problemas que afetam o exercício da saúde como direito humano. Para que isso seja alcançado, é necessário fortalecer também os mecanismos de controle social do SUS.

Segundo o INCA (2006), a insatisfação no atendimento é uma realidade vivida no dia a dia dos brasileiros, não restrita apenas às experiências das usuárias em análise. Pesquisas<sup>14</sup> revelam evidências de discriminação, racismo institucional e violência institucional no âmbito da saúde.

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização com o intuito de contribuir para a efetivação dos princípios do SUS, buscando por meio de dispositivos institucionais enfrentar as situações de descaso e negligência. A política contempla alguns elementos centrais, tais como: buscar resultados concretos que diminuam as filas como também reduzir o tempo de espera para o atendimento, ampliação do acesso ao serviço, o atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critério de risco, responsabilização e vínculo.

O desligamento repentino do profissional de saúde no atendimento ao usuário vai de encontro com a política. O vínculo é fundamental para o acompanhamento das usuárias no CICAN facilitando o acesso dentro da rede de serviços.

O que leva os usuários a procurar os serviços de saúde? Seria devido a própria necessidade de saúde, que é uma das características dos usuários ou por características demográficas, culturais, acesso à informação o que facilitaria esse acesso? Mobilidade? Credibilidade dos serviços?

Para Martins & Travasso (2004) o uso de serviço de saúde compreende toda utilização do serviço desde a hospitalização, consultas médicas, realização de exames preventivos e diagnósticos, tudo isso varia de acordo com a necessidade de cada usuário. A consequência desse processo é a procura das usuárias pelos serviços de saúde, é preciso ver a condição dessa usuária dentro do sistema de saúde pública pelos profissionais de saúde, na maioria dos casos ficando a critério dos profissionais.

---

<sup>14</sup> Análise de Jurema Werneck sobre racismo institucional e saúde da população negra (2016).

Quando era criança ouvi falar que minha avó tinha câncer, cresce não parei para pensar sobre isso continuei fazendo minha vida normal, não fazia exame preventivo, descobri o câncer em 2016 no mês de maio através de corrimento da água na vagina, isso aconteceu quando viajei para Belo Horizonte fui no médico no hospital particular pelo plano de saúde, médico mandou fazer Biopsia fiz deu positivo, foi tão rápido não esperava. Descobri o câncer no mês de maio 04 de julho fiz a minha cirurgia lá, não foi pelo SUS fiz tudo pelo hospital particular foi bem rápida, voltei para Salvador um mês depois da cirurgia, graças DEUS, não enfrentei nenhuma dificuldade para iniciar o meu tratamento, porque tudo foi feito no hospital particular de Belo Horizonte, acredito se fosse no hospital público poderia também enfrentar dificuldade como tantas outras pessoas passam para conseguir iniciar o tratamento ou para fazer cirurgia (Francisca).

O adoecimento constrói um elemento subjetivo, que será vivenciado conforme a condição de vida de cada ser humano, ou seja, de forma como a pessoa enfrenta a doença, tudo isso vai depender do seu ambiente social, cultural e familiar. Cada um vê e vive de acordo com a sua realidade e ensinamento familiar. Dentre as modificações que perpassam o diagnóstico do câncer de colo de útero é a consequência da cirurgia e mutiladora, a dependência no momento do adoecimento, acaba ficando com a necessidade da presença de outra pessoa por um longo período para lhe dar suporte no dia a dia. Isso causa impacto diante do diagnóstico da doença, que não afeta somente aquela pessoa, mas sim a família toda, necessitando de cuidado no cotidiano e gerando sentimento sofrimento, distanciamento às vezes da família, a pessoa acaba perdendo a privacidade porque não pode fazer mais nada sem presença do outro.

Voltei para Salvador depois da cirurgia, fui logo no (Cican) no dia 01 de setembro fiz triagem, marquei consulta com psicólogo, ginecologista foi ela que tirou os pontos estava com dois pontos na costura e dois na vagina, depois marquei consulta com a médica oncologista para avaliação, passou quimioterapia, radioterapia, exames laboratoriais, ressonância, não consegue fazer pelo SUS fiz no particular, se não até hoje estava esperando sei que tem muita gente também que precisa do mesmo procedimento fiz no particular para facilitar. Estou recebendo tratamento na unidade oito meses, fui encaminhada para hospital Santa Isabel para radioterapia, Cican tem convênio HSI, fui acolhida pelo Serviço Social, foi ótimo, disse que assistente social são profissionais maravilhosas não pode deixar de existir porque é uma medicina como todo, fazem trabalho fantástico com usuários sempre de coração aberto para acolher quem precisa da informação ou de esclarecimento. Gosto de todos os profissionais do setor de oncologia que me atende são maravilhosos. A unidade presta serviços de qualidade para os pacientes, não tenho nada a reclamar sobre o atendimento gosto muito é diferente das outras unidades, as vezes você chega é mal atendido pelos profissionais, (Francisca).

Embora o foco da pesquisa não seja o trabalho do assistente social, devido às reflexões feitas acerca das experiências destas usuárias em questão, abordamos breves considerações ligadas ao trabalho profissional. As próprias usuárias mencionam a importância do trabalho do assistente social.

De acordo com Guerra (2012, p. 44) o cotidiano é uma mediação elementar entre o particular e o universal pelas suas características, pela sua estrutura, ele reduz as possibilidades de os homens se entregarem totalmente nas atividades que realizam, são características desse fazer profissional a heterogeneidade nas demandas, espontaneidade no fazer profissional de imediato sem fundamento.

Podemos observar nas falas das usuárias um destaque sobre o fazer profissional do assistente social. O cotidiano é o nível do senso comum. Segundo Guerra, (2012, p.47) “ para a consciência comum, que atua nas demandas do dia a dia atividade prática contrapõe-se a teoria, ou como é de costume ouvir, que na prática a teoria é outra”.

Câncer mudou a minha vida totalmente estou fazendo esse trabalho não é por conta da minha doença nem por conta de nada, mas modifica pelo seguinte é o outro processo é um novo crescimento porque durante[...] eu vim fazendo esse trabalho, pra mim isso culmina de certa forma quando você encontra as pessoas que estão na mesma situação, não só os que tem câncer do colo do útero, mas sim câncer de modo geral. Vê essas pessoas felizes, alegre[...] ninguém chora, só eu que choro diz ela kkkkk sabemos que a vida tem momentos bons e ruins, choro as vezes não pela doença, mas é fragilidade... No momento do tratamento não posso fazer nada acaba sentindo um pouquinho inútil, no momento não posso fazer nada pode estar bem, mas não está inteira principalmente faço dança, já fiz um ano sem poder fazer para mim é difícil. Tenho só que agradecer a minha modificação de fé, faço tratamento espírita gosto muito apesar de ter nascido na família católica, mesmo assim eu amo toda religião[...] respeitar ser humano é uma religião também para mim é isso. O câncer mudou a minha rotina pelo seguinte continuei fazendo o que fazia, mais de forma cuidadosa o que eu acho de mais interessante de tudo é como você lida com as pessoas, que você não conhece pessoas simples, admiro forças das mulheres e dos homens que tem câncer de próstata, pessoas alegre de muita fé [...] eu já tinha respeito com as pessoas agora que eu vou ter mais respeito por essas pessoas, tão puras “não preocupa com alimentos”, é isso que é ser humano tem que aprender aqueles que não tem condições de comer comida cara integral, eles come alimentos com produtos químicos não acontece nada[...] eu mesmo já alguns tempo temia de chupar balas, estou reconstruir aos poucos, para mim é muito importante esse processo de reconstrução (Francisca).

A família é a primeira instituição na sociedade, mesmo estando na situação difícil, a presença dela nos faz sentir acolhidos e amados, o membro dessa

composição acaba assumindo a responsabilidade de cuidar daquele que se encontra debilitado. De acordo com Leite (2006) afirma que “cuidar é tão por natureza um ato inerente à condição humana”, portanto, a figura familiar continua sendo a principal origem dos cuidados. O indivíduo ao se hospitalizar torna-se mais frágil e vulnerável, estabelecendo uma “dependência” precisando mais ainda do apoio da família, principalmente nas atividades de rotina.

Nunca teve contato com pessoa portadora de câncer, só ouvi dizer que minha avó tinha câncer. Não posso dizer que meu tratamento não começou dentro do prazo estabelecido pela lei, porque comecei os procedimentos no hospital particular, agora estou fazendo pelo SUS, meu tratamento está indo bem graças a DEUS, e agradeço a minha família sempre está do meu lado me apoiando desde o início, “nunca fui sozinha no médico, sempre minha irmã e meu filho sempre me acompanham” tenho amor total da minha família, fomos para radioterapia no HSI na quinta minha irmã queria que a gente ficassem lá até meia noite depois a maquia parou, divirto lá com outras pessoas, diz ela faço sucesso lá, mas tem momento fico sem fazer nada em casa fico deitado só mandando ela trazer comida para mim (Francisca).

No momento de adoecimento ambas as entrevistadas demonstraram sentir esse vínculo familiar como algo central no processo de tratamento, recebendo apoio da sua família desde o início do tratamento. As famílias se constituem, assim, como uma construção histórico-social que precisa ser considerada em seus aspectos contraditórios (não apenas como lócus de felicidade, cuidado, apoio, mas também, por vezes, de conflito, violência, ameaça e sofrimento). Portanto, defendemos o entendimento da família<sup>15</sup> enquanto uma construção histórica, social e plural que se transforma junto com a totalidade social e que precisa ser assim entendida, reconhecida e protegida pela sociedade de um modo geral, incluindo os formuladores de políticas e os profissionais que trabalham com famílias.

---

<sup>15</sup> Concepções de Família Presentes no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Medeiros (2014).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se no decorrer do trabalho, a importância da gestão da política de saúde e sua indissociabilidade com a assistência prestada à população usuária. A capacidade de gestão e sua interface com os princípios do SUS asseguram o acesso e a utilização da saúde sendo produzidos de forma integral e universal.

A constituição do SUS foi resultado de uma luta histórica que não poderá ser apagada nos tempos. A defesa deste sistema é algo urgente na atual conjuntura visto o que está ocorrendo com o processo de desmonte e sucateamento dos espaços e instituições públicas.

Sobre as mulheres com câncer do colo de útero, verificou-se que a procura da assistência à saúde é um direito das usuárias, o acesso à realização do exame preventivo e Papanicolau, são elementos fundamentais que ajudam na descoberta da doença na sua fase inicial, quanto antes for a descoberta, a chance de cura é maior. Devido à dificuldade de chegar aos serviços de saúde maioria das mulheres são acometidas com câncer do colo do útero, por conta da distância demográfica e cultural.

Como vimos é preciso investir mais na saúde, existe um esforço das instituições governamentais, dos profissionais de saúde e dos usuários para que a qualidade na oferta dos serviços seja eficiente, assim garantido o direito à saúde de forma universal.

A pesquisa se deu através desse olhar crítico e nas diversas leituras realizadas sobre a temática visando compreender as dificuldades enfrentadas para se ter acesso ao tratamento. Foi constatado que tais dificuldades podem interferir na saúde das usuárias, por conta do descaso da saúde pública, podendo levar a consequências graves.

Por fim, o trabalho buscou com a pesquisa de caráter qualitativa, estabelecer algumas reflexões acerca do tema não possuindo a pretensão de esgotar sua discussão. Espero que sua contribuição seja positiva e que estimule o aprofundamento deste assunto ainda pouco explorado em nossa profissão.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um novo modismo? **Ciência e Saúde Coletiva**. 10 (3) 615-626. 2005.

\_\_\_\_\_. **Cebes comemora três décadas de atuação**. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em <http://www.cebes.org.br> com acesso em 13 de janeiro de 2009.

\_\_\_\_\_. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2000. v. 2 e v.3.

\_\_\_\_\_. **O desafio da gestão das redes de políticas**. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Tese de doutorado. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia-UFBA. Salvador, 2007.

\_\_\_\_\_. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do serviço social. In **Serviço Social e Sociedade 65 (XXII)**, São Paulo, Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

ABRASCO, REDE UNIDA, ABRES, CEBES E AMPASA. "O SUS PRA VALER: UNIVERSAL, HUMANIZADO E DE QUALIDADE" **Fórum da Reforma Sanitária Brasileira**. Julho de 2006.

Acesso em: 15 de outubro de 2016

ALMEIDA, Luana. (2016, 30 de Maio). **Demora prejudica pacientes em tratamento de câncer**. A Tarde, Salvador. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/noticias/1774527-demora-prejudica-pacientes-em-tratamento-de-cancer>> Acesso em: 13 de Agosto de 2016.

AROUCA, A. Reforma Sanitária Brasileira. **Tema-Radis**, 11:2-4, 1988.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>> Acesso em: 19 de Junho de 2016

AYRES, José Ricardo de C. M. Humanização da Assistência Hospitalar e o Cuidado como Categoria Reconstitutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1):15-17, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.

BEHRING, Elaine Rossetti, BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2010.

BENEVIDES & PASSOS. A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** vol.10, nº3, RJ, julho-setembro de 2005.

BERLINGUER, G. Uma reforma para a saúde. **In: Reforma Sanitária Itália e Brasil** (G. Berlinguer, org.), pp. 1-106, São Paulo: Hucitec-Cebes. 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil** – Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Saúde na Opinião dos Brasileiros** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Constituição Federal Brasileira. 1988. **Leis do SUS**. Disponível em <http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/rede81111.html>. Acessado em outubro de 2016.

BRASIL. **LEI Nº 1.261, DE 31 DE OUTUBRO DE 1904**. Torna obrigatórias, a vacinação e a revacinação contra a varíola. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html>> Acesso em: 15 de Junho de 2016

**BRASIL. LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm)> Acesso em: 15 de Junho de 2016

BRASIL. **LEI Nº 12.802, DE 24 DE ABRIL DE 2013**.Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede- SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm)> Acesso em: 15 de Junho de 2016

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos Usuários da Saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Grupo de Trabalho de Humanização**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1ª edição, 1ª reimpressão, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS- Gestão participativa: co-gestão.** Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: a clínica ampliada.** Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Acolhimento.** Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia: da prática ao controle.** Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** 2001. Disponível em <http://www.humaniza.org.br> \_Consulta em 20/02/2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar.** Secretaria de Assistência à Saúde, 2002. Disponível em <http://www.humaniza.org.br>\_Consulta em 20/02/2017.

BRASIL. **Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde.** Brasília: CFESS, 2010

BRASIL. Portaria 2439 de 08 de dezembro de 2005 que institui a **Política Nacional de Atenção Oncológica.** Disponível em:[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria\\_2439.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf)

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto ÉticoPolítico do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: Saúde e Serviço Social BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CORREIA, Maria Valéria. Controle Social na Saúde. in TEIXEIRA et. al. (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** SP, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

SCOREL, Sarah, MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In In LOBATO, SCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário.** Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde, 1987. Pública/FIOCRUZ.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: NOVA FRONTEIRA, 1985. 1781 p.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. A dimensão técnico-operativa no Serviço Social- desafios contemporâneos**. Juiz de Fora, UFJF, p. 39-68, 2012

IAMAMOTO, Marilda Villela. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Curso de Capacitação a Distância. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social/CFESS; UnB/Centro de Educação Aberta Continuada a Distância/Cead, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro; EAD/INCA; 2012. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro\\_abc\\_2ed.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf) > Acesso em: 12 de Junho de 2016.

LECOVITZ, Eduardo. **Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da Política Nacional de Saúde- 1974/1996**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 1997.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. Política de Saúde nos anos 90: Relações Intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 6, nº 2, 2001, p.269-291.

LIMA & GERMANO. A gestão do câncer na contemporaneidade. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional da ABRAPSO. 12 a 15 de novembro. Recife, 2011.

LUCHESE, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**.

MASSON, Fátima de Maria. **Ideologia e prática na saúde a questão da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: UFRJ/CFCH, 2007.

MEDEIROS, Alana Cristina Bezerra Medeiros. Concepções de família presentes no Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. **Revista Temporalis. Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 275-296, jul./dez. 2014.**

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

NORONHA e LECOVIKZ. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde in GUIMARÃES & TAVARES (Orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.

NORONHA, José Carvalho de, LIMA, Luciana Dias Lima e MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde**. In LOBATO, ESCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

O GLOBO. Reportagem Jornal Hoje. **O Câncer: série mostra pacientes que enfrentam sistema de saúde caótico**. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2016/10/cancer-serie-mostra-pacientes-que-enfrentam-sistema-de-saude-caotico.html>

PAIM, Jairnilson Silva e TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único da Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12, 2007. p. 1819-1829.

PAIM, Jairnilson Silva. **Ações Integradas de Saúde: por que não dois passos atrás**. Cadernos de Saúde Pública, v (2), n (2), p 167-183, abr-jun, 1986.

PIMENTEL, Vanessa Nascimento et al. **Evolução da mortalidade por câncer de mama**. Salvador (BA) 1979-1996. 2002. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v04/pdf/artigo3.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/artigo3.pdf)> Acesso em: 19 de Junho de 2016

PINHEIRO & MATTOS (Orgs). **Cuidado: As Fronteiras da Integralidade**. CEPESC/UERJ. ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, Roseni & LUZ, Madel T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade In PINHEIRO & MATTOS (Orgs) **integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001. Disponível em:<[http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto\\_de\\_apoio\\_3\\_-\\_HS-Historia\\_Saude\\_no\\_Brasil.pdf](http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf)> Acesso em: 04 de Junho de 2016.

ROSSI, Leandra; SANTOS, Manoel Antônio dos. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 23, n. 4, p. 32-41, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a06.pdf>> Acesso em: 15 de Junho de 2016

SANTOS, N.R. Formação Ético-Humanista do Médico e a Construção de Serviços de Saúde Humanizados: Coincidência ou Coerência? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, 2001.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Encruzilhada nos Rumos do SUS: Considerações**. Disponível em <http://www.cebes.org.br> com acesso em 02/06/2008.

SETÚBAL, A. A. Análise de Conteúdo: Suas Implicações nos Estudos das Comunicações: In: **Pesquisa Qualitativa- Um Instigante Desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

SOARES, Suamy Rafaely. **Feminização da Pobreza”: Algumas Reflexões sobre o Empobrecimento das Mulheres**. III colóquio sobre Sociedade, Políticas Públicas, Cultura e Desenvolvimento. Ceará, 06 a 08 de novembro de 2013.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e Vigilância no Contexto da Regionalização da Assistência à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 18 (supl.), Rio de Janeiro, 2002, p.153-162.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do Sistema Único de Saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)> Acesso em: 04 de Junho de 2016.

TEIXEIRA, S. M. F. et ali. **Antecedentes da Reforma Sanitária**. Textos de Apoio. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1988. 70p.

TEIXEIRA, Sônia Maria e OUVENEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In LOBATO, ESCOREL, NORONHA e CARVALHO (Orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury e MENDONÇA, Maria Helena Maria. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações. In FLEURY (Org) **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo- Cortez; Rio de Janeiro- ABRASCO. 2006.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES** (org). SP. Lemos Editorial, 1997.

TRAVASSOS & MARTINS. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S190-S198, 2004

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, abr./jun. vol.13, no.2, p.325-330. 1997.

VASCONCELOS & PASCHE. O Sistema Único de Saúde. In CAMPOS, G. W. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. HUCITEC- São Paulo/FIOCRUZ- Rio de Janeiro. 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria de et al. “Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde” in TEIXEIRA et. al. (Orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. SP, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e Metodologia Operativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016

## ANEXOS

### Termo de Consentimento

TÍTULO DA PESQUISA: Conhecendo o Acesso e a Utilização dos Serviços de Saúde pelas Mulheres com Câncer do Colo do Útero atendidas no Centro Estadual de Oncologia (CICAN): Um estudo realizado a partir do Estágio Supervisionado.

Instituição responsável: Universidade Federal da Bahia-UFBA- Curso de Serviço Social.

Eu \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente da minha participação na pesquisa com o título acima citado que tem como objetivo principal avaliar o acesso e a utilização dos serviços de saúde mais especialmente pela população feminina no estado da Bahia.

A minha participação será registrada através da aplicação de um questionário. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017.

Participante - Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Pesquisador - Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

**ROTEIRO DA ENTREVISTA**

Nome:(    )

Idade:(    )

Estado civil: Solteira(    ) casada(    ) viúva (    ) divorciada(    )

Município de origem:

Orientação sexual: homossexual(    ) heterossexual(    )

Raça, cor: preta (    ) branca(    ) parda (    ) indigena (    )

Filhos: (    )

Religiões: Católica (    ) Evangélica (    )

Acesso ao tratamento como foi?

Fez cirurgia após diagnóstico? Sim (    ) Não (    )

Demorou muito para marcar cirurgia? Sim (    ) Não (    )

Quanto tempo é atendida na unidade?

Foi acolhida pelo Serviço Social? Sim (    ) Não (    )

Participa de algum grupo de orientação na Instituição? Roda de conversa? Sim (    )  
Não (    )

Qual é a sua visão sobre o Serviço Social?

Como era sua relação com as pessoas portadoras do câncer de colo de útero?

Depois que você recebeu diagnóstico o que mudou em você?

Na sua opinião o câncer modificou muito sua rotina?

Iniciou tratamento de acordo com o prazo de 60 dias fixado pela Lei 12.732/ 2012?